

NICHT-AMBULANTE
KRISENINTERVENTION
UND NOTFALLPSYCHIATRIE

VERSUCH EINER
BESTANDSAUFNAHME

Eine vergleichende Untersuchung
über Organisationsformen und Strategien
nicht-ambulanter Einrichtungen zur
psychiatrischen und psychosozialen
Akutversorgung in Westeuropa

Christian Alzheimer

*Des
München
1985*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554004_0004

Aus dem Max-Planck-Institut für Psychiatrie München
Direktor: Prof. Dr. D. Ploog

NICHT-AMBULANTE KRISENINTERVENTION UND NOTFALLPSYCHIATRIE

VERSUCH EINER BESTANDSAUFNAHME

Eine vergleichende Untersuchung über Organisations-
formen und Strategien nicht-ambulanter Einrichtungen
zur psychiatrischen und psychosozialen Akut-
versorgung in Westeuropa

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Christian Alzheimer

aus München

München 1984

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. W. Feuerlein

1. Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. D. Ploog

2. Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. H. Hippus

Dekan: Prof. Dr. med. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 19. Dezember 1985

Inhaltsverzeichnis

	Seite
0. Vorbemerkung	V
0.1. Zum Thema	V
0.2. Zur Methode	VII
1. Krise und Krisenintervention - wovon ist eigentlich die Rede?	1
1.1. Krise - Dimensionen eines Begriffs	1
1.1.1. Sprachgebrauch und Definitorisches	1
1.1.2. Theorien und Konzepte	2
Krisis - crisis theory - Entwicklungs- krise vs. akzidentelle Krise	
1.1.3. Abgrenzungen	7
Streß - disaster/Katastrophe - Notfall	
1.1.4. Pragmatisches	10
1.2. Krisenintervention - Kategorien einer Technik	11
1.2.1. Rahmenbedingungen	11
Prävention - Eintrittswahrscheinlich- keit - Vulnerabilität	
1.2.2. Therapiemodelle	13
"generic" approach - "empirische" Krisen- intervention - Krisenintervention als Spezialisierung (behav./gruppentherap./ psychoanalyt. Ansatz)	
1.3. Krise und Krisenintervention - Stellenwert einer Strategie	23
Synopsis - Iatrogene Fixierung - Support Systems	
2. Krisenintervention und Notfallpsychiatrie - Die Ein- richtungen im einzelnen	26

	Seite
2.1. Intramurale Einrichtungen	28
2.1.1. Einrichtungen mit kombiniert intensivmed./ psychiatrischer Versorgung	28
Integrierte Akutversorgung	28
- Pavillon N, Hôpital E. Herriot, Lyon	28
Liaisondienste	40
- RPTC, Royal Infirmary, Edinburgh	40
- Sektion Angewandte Suizidforschung, Med. Univ. Klink, Heidelberg	45
- Toxikolog. Abteilung, Klinikum Rechts d. Isar, München	46
2.1.2. Psychiatrische Kriseninterventionsstationen	48
Allgemeinkrankenhaus	48
AKH ohne psychiatrische Abteilung	48
- Crisis Hospitalisatie, Akad. Ziekenhuis, Leuven	48
Exkurs: Das Interventionsmodell Leuven	49
- Kriseninterventionsstation, Klinikum Steglitz, Berlin	51
- Kriseninterventionsstation, KH Bethanien, Dortmund-Hörde	53
AKH mit psychiatrischer Abteilung	54
- Kriseninterventionszentrum, KH Am Urban, Berlin	54
- Crisiszentrum, Acad. Ziekenhuis, Groningen	56
- Psychiatrische Aufnahmestation, Max-Planck-Institut, München	58
Psychiatrischer Krankenhausbetrieb	60
- Notfallstation, BKH Haar bei München	60
2.2. Extramurale Einrichtungen	62
2.2.1. Psychiatrisch geleitete Krisenzentren	62
- Krisiszentrum, Amsterdam	62
- Psychiatrisch Centrum, Den Haag	73

	Seite
2.2.2. Psychosozial orientierte Krisenzentren	78
- Crisis Interventie Centrum, Haarlem	78
- Krisis Opvang Centrum, Maastricht	87
- Krisis Opvang Centrum "De Schelp", Gent	92
- Krisiscentrum, Rotterdam	93
- Krisisopvang AMOK, Antwerpen	94
2.3. Anhang: Nicht-ambulante Krisenintervention im weiteren Sinne	98
Anhang 1: Längerfristige Krisenintervention	98
Stationäre sozialpsychiatrische Krisenintervention	
Sozialpsychiatrische Klinik, Bern	
Residentielle psychosoziale Krisenintervention	
Oikonde, Leuven - Oikonde, Gent	
Exkurs: Anmerkungen zum flämischen Versorgungssystem	
Anhang 2: Zielgruppenorientierte Krisenzentren	103
CIC, Antwerpen - "De Ark", Gent	
Anhang 3: Varia	105
Crisis Hostel, Denver - IPPP, Paris	
Anhang 4: "Krisenbetten" in ambulanten Einrichtungen	107
Triest - Elat - Lausanne -	
Utrecht - Paris	
3. Krisenintervention und Notfallpsychiatrie - Die Einrichtungen im Vergleich	110
3.1. Struktur und Arbeitsumfang	113
3.2. Aufnahmegrund und Interventionsmodalität	121
3.2.1. Suizidversuch	123
3.2.2. Anpassungsstörung	128
3.2.3. Akutpsychose	130
3.2.4. Abhängigkeitsprobleme	131
3.2.5. Zur Technik	132
Kurztherapie - Psychopharmaka -	
Zwangsmaßnahmen	
3.3. Zugangsweg und Weiterverweisung	134

	Seite
4. Krisenintervention, Notfallpsychiatrie und Gesundheitspolitik - Versuch einer Standortbestimmung	144
4.1. Zur Effektivität	144
4.2. Eigenständigkeit oder Strategie	147
4.3. Gesundheitspolitischer Stellenwert	154
4.3.1. Krisenintervention im vorstationären Bereich	154
4.3.2. Krisenintervention und Notfallversorgung im stationären Bereich Allgemeinkrankenhaus - Psychiatrischer Krankenhausbetrieb	157
5. Zusammenfassung	161
6. Anmerkungen	163
7. Literaturverzeichnis	175
8. Anschriftenverzeichnis der beschriebenen Einrichtungen	196
Danksagung	198
Lebenslauf	200

0. Vorbemerkung

0.1. Zum Thema

Krisenintervention und Notfallpsychiatrie - zwei Begriffe aus der Akutversorgung, populär und ausufernd der eine, umschrieben und fachgebunden der andere, umreißen den Rahmen, in dem diese Untersuchung sich bewegt. Einen Rahmen freilich, wie er weiter und unbestimmter kaum sein könnte. Einige Eingrenzungen scheinen daher nötig: Krisenintervention als unmittelbare Hilfe bei normalen Lebenskrisen muß auf das Vorfeld professioneller Dienste beschränkt bleiben, angesprochen sind die "natürlichen Hilfspotentiale der Gesellschaft" (HÄFNER 1978), nicht die Psychiater. - Als professionelles oder paraprofessionelles Versorgungsinstrument hat ambulante Krisenintervention in den letzten zehn, zwanzig Jahren zur Etablierung einer kaum übersehbaren Vielfalt neuartiger Dienste und Einrichtungen geführt. Das Angebot reicht inzwischen von mobilen Einsatzteams, SOS-Telefonen, suicide prevention centers, walk-in clinics bis zu poliklinischen Krisenzentren.

Ohne diese beiden Verfahrensweisen psychiatrisch-psychosozialer Akutversorgung aus dem Auge zu verlieren, soll der Schwerpunkt dieser Arbeit auf der dritten Modalität von Krisenintervention liegen, auf ihrer nicht-ambulanten Organisationsform, dort also, wo sie sich zugleich mit der Notfallpsychiatrie trifft. Der "verhängnisvolle Hiatus zwischen stationärer und nichtstationärer psychiatrischer Versorgung" (HUBER 1977) wird gerade in der Akutversorgung schwerer psychischer Krisen (z. B. neurotische Depression, Anpassungsstörung) und psychiatrischer Notfälle (z. B. Suizidversuch, akut einsetzende Psychose) spürbar, wenn einerseits eine ambulante Betreuung nicht mehr ausreicht, andererseits aber auch eine stationäre psychiatrische Hospitalisierung nicht nötig scheint. Als Ausweg aus diesem Dilemma bietet sich eine Kurzaufnahme mit intensiver Betreuung im quasi noch vor-stationären Raum an. Auf eine derartige Vorgehensweise spezialisierte Einrichtungen sind bislang allerdings erst vereinzelt, oft noch im Versuchsstadium verwirklicht. Mit der Zielsetzung einer gemeindenahen Kurzzeitbehandlung mit langfristiger Wirkung, einer Hospitalisierungspräven-

tion und einer raschen Rückführung in das gewohnte Lebensmilieu beanspruchen sie jedoch einen zentralen Platz im System der Akutversorgung.

Zwischen ihrer potentiellen, in dieser Arbeit zu klärenden gesundheitspolitischen Bedeutung und ihrem Bekanntheitsgrad klafft freilich eine erhebliche Lücke. Angesichts einer permanenten, oft leidenschaftlich geführten Auseinandersetzung um eine Weiterentwicklung oder Neuorganisation psychiatrischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen scheint es an der Zeit, diese Informationslücke zu schließen.

Mit der hier vorgelegten Bestandsaufnahme entsprechender Krisen- und Notfallzentren soll eine geeignete Diskussionsgrundlage für eine angemessene Beurteilung alternativer Versorgungsmodelle im Akutbereich geschaffen werden.

Da aus dem Spektrum möglicher Vorgehensweisen nicht-ambulanter Krisenintervention und Notfallpsychiatrie in den verschiedenen Ländern jeweils bestimmte Modelle schwerpunktmäßig realisiert wurden, scheint für eine umfassende Bestandsaufnahme die Einbeziehung der Erfahrungen aus anderen, vergleichbaren Ländern kaum verzichtbar.

Einzelportraits der jeweiligen Einrichtungen sollen zunächst mit den unterschiedlichen Modellen vertraut machen, der anschließende Vergleich der verschiedenen Organisationsformen soll eine Orientierung im Binnensystem von Krisenintervention und Notfallpsychiatrie gestatten. Unter Berücksichtigung der beiden erstgenannten Kriseninterventionsmodalitäten soll zum Schluß versucht werden, die Relevanz der vorgestellten Einrichtungen innerhalb eines Gesamtversorgungswesens zu beurteilen. Zugleich werden einige praktisch-organisatorische Konsequenzen für eine adäquatere Gestaltung der Akutversorgung dargelegt.

Um der terminologisch-definitiven Verschommenheit gerade in diesem Gebiet abzuhelpen und zu einem besseren Verständnis der Thematik beizutragen, wurde dem Hauptteil eine der begrifflichen Klärung dienende Einführung in die konzeptuellen und therapiepragmatischen Grundlagen von Krise, Notfall und Krisenintervention vorangestellt.

0.2. Zur Methode

Datenerhebung und Materialsammlung vollzogen sich in drei Schritten. Ab Frühjahr 1982 wurden entsprechende Personen und Institutionen im In- und Ausland mit der Bitte um Auskunft über den jeweiligen Stand ihres Akutversorgungssystems und insbesondere über das Vorhandensein eigenständiger Notfall- und Krisenzentren angeschrieben. In einer ersten brieflichen Kontaktaufnahme wurden derartige Einrichtungen um Informationen über ihre Struktur und Arbeitsweise gebeten.

Nach dieser Sondierungsphase wurden in einem zweiten Schritt detaillierte Fragebögen über räumliche Gegebenheiten, personelle Ausstattung, Patientenzusammensetzung, Therapieverfahren, Zugangs- und Weiterverweisungswege an diejenigen Einrichtungen verschickt, die als spezifizierte nicht-ambulante psychiatrische und/oder psychosoziale Notfall- und/oder Krisenzentren anzusehen waren. Die Antwortquoten in beiden Erhebungsphasen lagen mit über 75 % erfreulich hoch.

Im Anschluß an die Ermittlung dieser Basisdaten besuchte der Autor - dritter und letzter Teil der Erhebung - die meisten der in dieser Arbeit beschriebenen Zentren persönlich: Im April 1983 den Service d'Urgence des Hôpital E. Herriot in Lyon, Ende Mai/Anfang Juni 1983 Einrichtungen in Amsterdam, Haarlem, Den Haag, Maastricht, Edinburgh und bis auf "De Schelp", Gent alle der beschriebenen flämischen Einrichtungen. Ergänzende Gespräche mit LIEVENS von der Nationale Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg, Gent, und mit COENEGRACHTS, dem Koordinator der Vereniging der Vlaamse Onthaalhuizen, Antwerpen-Berchem, gestatteten einen tieferen Einblick in die komplizierten Gegebenheiten des flämischen Versorgungswesens.

Die vorliegende Arbeit kann keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Kein Land, das nicht in dieser oder jener Form Krisenintervention und Notfallpsychiatrie betreibt; die Abgrenzung spezifizierter nicht-ambulanter Zentren ist nicht zum geringsten ein definitorisches Problem. Was die Länder betrifft, aus

denen keine eigenständigen nicht-ambulanten Krisen- und Notfallzentren beschrieben werden, so bestehen, soweit uns bekannt, bislang in Österreich keine derartigen Einrichtungen. In Finnland ist nach brieflicher Mitteilung (1983) von ACHTE die Einrichtung der ersten Kriseninterventionsstation im Zentralkrankenhaus der Universität Turku geplant. In Schweden soll Krisenintervention in der integrierten Gesamtversorgung im Rahmen der Sektorisation aufgehen (CULLBERG 1982). Zu Organisationsformen der Notfallpsychiatrie in Dänemark sei auf die Arbeiten von NYEBORG (1979) und NIELSEN (1981) verwiesen. Über die Modalitäten nicht-ambulanter Krisenintervention nach der Psychiatriereform in Italien wird im Anhang 4 berichtet (s. a. Anm. 65). Von den restlichen westeuropäischen Ländern liegen keine ausreichenden Informationen vor.

Die Einzelbeschreibungen der Einrichtungen in Teil 2 dieser Arbeit sind im wesentlichen aus drei Quellen kompiliert: Aus den Daten des Fragebogens, aus Jahresberichten und Publikationen und, soweit ein Besuch stattfand, aus den an Ort und Stelle gewonnenen Eindrücken und Erfahrungen des Autors.

Für die in Teil 3 vorgenommene vergleichende Auswertung der Daten werfen die Inhomogenität des Materials ebenso wie die Kompatibilitätsproblematik psychiatrischer Diagnosen erhebliche methodische Schwierigkeiten auf. Auf komplizierte statistische Verfahren wurde daher verzichtet. Sie würden ein Maß an Exaktheit vortäuschen, für das unter den gegebenen Umständen die Voraussetzungen fehlen. Die Zahlen sollen in erster Linie als Tendenzindikatoren fungieren, um das unübersichtlich-verschwommene Feld aus Mutmaßungen und Postulaten mit einem doch einigermaßen objektivierbaren Faktengerüst zu strukturieren.

1. Krise und Krisenintervention - wovon ist eigentlich die Rede?

1.1. Krise - Dimensionen eines Begriffs

1.1.1. Sprachgebrauch und Definitorisches

Der Begriff der Krise ist geradewegs zum Signet unserer krisengeschüttelten Zeit geworden. Entsprechend schnell ist er bei der Hand. Sein ubiquitärer Gebrauch täuscht freilich eine Kongruenz des so Bezeichneten vor, die gar nicht existiert. Gilt es dann, Wege aus der Krise zu finden, führt die unterschiedliche begriffliche Ausgangslage zwangsläufig zu differenten Zielvorstellungen - Mißverständnisse sind die Folge, nicht zuletzt auch auf dem Gebiet krisenzentrierter Therapieverfahren.

Eine Arbeit, in der viel von Krise, Notfall und Krisenintervention die Rede sein wird, mag daher gut daran tun, am Anfang eine semantische Klärung vorzunehmen.

Im ursprünglichen griechischen Sinn steht das Wort "krisis" für Trennung, Scheidung, Streit, Urteilsspruch, Entscheidung; in der Medizin für den "Ausschlag einer Krankheit, wenn sie sich zum Guten oder zum Schlechten entscheidet, die Krise" (PAPE, Griechisch-deutsches Wörterbuch, 1880).

Krise im Sinne Hippokrates' als Wendepunkt im Krankheitsgeschehen, als kritischer Fieberabfall etwa, aber - anthropologisch gesehen - auch als Weg zur "Wesensbestimmung des werdenden Menschen" (v GEBSATTEL 1954), als lebensgeschichtlicher Kulminationspunkt, in dem sich eine Entwicklung verdichtet, zum Abschluß kommt und das Individuum in eine neue Seinsdimension eintritt.

Resultiert die Krise im medizinischen Bild in einer re-stitutio, also dem Wiedererreichen des status quo ante, so kommt in der übertragenen Bedeutung durch die Krise ein Mehr an existentieller Wertigkeit, eine wesenhaft neue Qualität hinzu.

Diese Zweifachbesetzung des Krisenbegriffs führt, wie sich leicht denken läßt, bei der Formulierung einer Krisentherapie

und ihrer Ziele zu programmatischen Schwierigkeiten. Gemeinsam ist beiden Vorstellungen der Scheidewegcharakter der Krisensituation. Katastrophe wie Gesundung bzw. Zugewinn sind für einen umschriebenen Zeitraum zugleich denkbar, bevor eine Seite endgültig die Oberhand gewinnt.

Der Zeitfaktor führt auf eine weitere Spur: Impliziert Krise als Wendepunkt einen relativ eng begrenzten Zeitraum, in dem sich eine Situation dramatisch zur Entscheidung zuspitzt, scheint diese Zeitspanne, denkt man etwa an "Sinnkrise" oder "Strukturkrise" ins Ungewisse zu zerfließen.

Der schwelende Konflikt vor der eigentlichen Krise wird selbst zur Krise erklärt. Krise jetzt als längerfristig in der Schwebe gehaltener Zustand bedenklicher Unsicherheit, nicht die Katastrophe selbst - auch hier sind prinzipiell beide Möglichkeiten vorstellbar -, sondern bedrohliche Desorganisation eines bisher konsistenten Bezugssystems, dessen Teile nicht mehr zueinander zu passen scheinen, ohne schon ganz auseinandergefallen zu sein.

Neben den vielfachen Bedeutungsfacetten, von denen Wendepunkt einerseits, destabilisierter Zustand andererseits als inhaltliche Schwerpunkte herausgestellt wurden, besitzt der Krisenbegriff auch eine "programmatisch-persuasive Seite" (REITER/STROTZKA 1977): "Die Etikettierung eines Zustandes als Krise kann ein probates Mittel sein, Veränderungen einzuleiten, besonders dann, wenn man sich selbst als Heilmittel für eben diese Krise anpreisen kann" (p 14). Die therapeutische Implikation liegt auf der Hand, stellt sich doch die Frage, "ob und wann wir ohne die Erzeugung von Krisenbewußtsein bei unseren Patienten und Klienten Veränderungen herbeiführen können oder sollen." (p 14)

1.1.2. Theorien und Konzepte

Nach dieser ersten Terrainabsteckung soll sich der Blickwinkel im folgenden auf die Thematik "Krise als biographisches Ereignis" fokussieren. Zwei Krisenkonzepte werden dargelegt, ein allgemeines und ein spezielles.

Doch zuvor noch eine grundsätzliche Frage: Ist "Krise" das objektive äußere Geschehen, eine externe Faktorenkonstellation, die das Individuum in eine bestimmte Reaktionslage versetzt (Entlassung, Erdbeben, Brand etc.), oder wird mit "Krise" die individuelle Reaktionsweise, das innerseelische Zustandsbild bezeichnet, das in einer Situation als klinisches Syndrom imponiert, oder, dritte Möglichkeit, gilt, wie LA PIERRE sagt, "no circumstance, however unusual, is a crisis, unless it is so defined by human beings." (zit. b. HERTZLER 1940, p 159), macht also, in Analogie zum Streßkonzept von LAZARUS, erst der individuelle oder kollektive "appraisal" aus einer Konstellation eine Krise?¹⁾

Vor dem Hintergrund dieser generellen Problematik seien die beiden Krisenkonzepte kurz vorgestellt.

Krisis

In der "Allgemeinen Psychopathologie" von JASPERS findet sich folgende Charakterisierung von "Krisis":

"Im Gange der Entwicklung heißt Krisis der Augenblick, in dem das Ganze einem Umschlag unterliegt, aus dem der Mensch als ein Verwandelter hervorgeht, sei es mit neuem Ursprung eines Entschlusses, sei es im Verfallensein. Die Lebensgeschichte geht nicht zeitlich ihren gleichmäßigen Gang, sondern gliedert Zeit qualitativ, treibt die Entwicklung des Erlebens auf die Spitze, an der entschieden werden muß. (...) Die Krisis hat ihre Zeit. Man kann sie nicht vorwegnehmen und sie nicht überspringen. Sie muß, wie alles im Leben, reif werden. Sie braucht nicht als Katastrophe akut zu erscheinen, sondern kann in stillem Gange, äußerlich unauffällig, sich für immer entscheidend vollziehen." (1946, p 586)

Kein theoretisch ausformuliertes Modell zeichnet sich bei JASPERS ab, eher eine generelle Einordnung des Phänomens in den lebensgeschichtlichen Sinnzusammenhang aus deskriptiv-verstehender Annäherung.

Soweit übersehbar, finden sich in der Psychiatrie lediglich zwei explizite Krisentheorien, von denen die eine als "crisis theory" (CAPLAN) in der praktischen Sozialpsychiatrie große Resonanz gefunden hat, die andere als Theorie der "abnormen Krise" (KULENKAMPFF) ziemlich in Vergessenheit geraten ist.²⁾

Crisis Theory

CAPLANs crisis theory ist in ein zweischichtiges Gesundheitsmodell eingebettet: Auf lange Sicht ist die Verfügbarkeit adäquater "basic supplies (physical, psychosocial, socio-cultural)" Grundvoraussetzung der psychischen wie physischen Gesundheit des Individuums. Als kurzfristige Prozesse lassen sich "acute changes in a person's pattern of behavior" ausmachen, in der die "normal consistency of pattern, or equilibrium, (...) maintained by re-equilibrating mechanisms" (CAPLAN 1964, p 38) aus den Fugen gerät. Es resultiert eine "emotional crisis", die CAPLAN charakterisiert als einen Zustand

"provoked when a person faces an obstacle to important life goals that is, for a time, insurmountable through the utilization of customary methods of problem-solving. A period of disorganization ensues, a period of upset, during which many different abortive attempts at solution are made. Eventually some kind of adaptation is achieved which may or may not be in the best interest of that person and his fellows" (1961, p 18)

Der Ablauf einer derartigen Krise läßt sich in vier Phasen unterteilen: Nach dem initialen upset schaukeln in den Phasen 1 - 3 der impact des Stimulus und coping-Versuche sich gegenseitig hoch. Erfolgt in Phase 3, unter Mobilisierung der letzten Ressourcen, keine einigermaßen befriedigende Lösung (sei es durch den Erwerb neuer Adaptionsstrategien, sei es durch (teilweises) Aufgeben des ursprünglichen Ziels o. ä.), gelangt das Individuum in Phase 4 an den "breaking point", es kommt zu einer "major disorganisation (...) with drastic results". (CAPLAN 1964, p 41)³⁾

Die akute Krise, selbst kein pathologischer Zustand, wie CAPLAN ausdrücklich betont, begrenzt sich auf einen Zeitraum von 4 - 6 Wochen, beendet - im ungünstigen Fall - durch ein maladaptiv-pathologisches Arrangement, - im günstigen Fall bewältigt durch eine Erweiterung des coping-Repertoires.⁴⁾

CAPLANs griffig-anschauliche Krisentheorie, dank ihrer impliziten Handlungsanweisungen auch von außerordentlicher praktischer Relevanz (s. 1.2.2.), zog eine kaum übersehbare, weit verstreute Artikelflut nach sich, die sich grob in Präzisierungen des

begrifflichen Instrumentariums⁵⁾, in Reviews und in Modifikationen unterteilen läßt.

SIFNEOS (1960) bemüht sich um terminologische Abgrenzungen, HANSELL (1974) bezeichnet die akute Krise als "adaptational interval" von 30 - 50 Tagen. Der Begriff der "acute emotional disorder" wurde von KAPLAN (1960) eingeführt, entwickelt aus Konzepten von FENICHEL, FREUD, KARDINER, CAPLAN, LINDEMANN und dem Modell der akuten infektiösen (!) Erkrankung. MORLEY (1970) bereichert die Theorie mit der Krisenmetapher eines von der stabilen Basis auf die Spitze gekippten Dreiecks. Für ROES (1981) drückt sich das Equilibrium in dem dynamischen Gleichgewicht zwischen "draaglast" versus "draagkracht" (wörtl.: Traglast vs. Tragkraft) aus. RAPOPORT L (1962) betont in ihren Überlegungen das Hereinspielen alter Konflikte in die akute Krise⁶⁾; GOLAN (1978) schließlich formuliert die 10 "Dogmen" der crisis theory.

An Reviews und Übersichtsarbeiten seien MILLER (1963), DARBONNE (1967) und LUKTON (1973) genannt.

Nun läßt sich ja nicht übersehen, daß die crisis theory, bar eines umfassenderen theoretischen Bezugsrahmens, sozusagen herrenlos zwischen traditionellen Konzepten dahintreibt, zu denen sich freilich, wie EWING (1978) darlegt, diverse Parallelen und Überschneidungen herstellen lassen: Zur Ego-Psychologie (adaptive Funktionen des Ego), zu anthropologisch-existentialen Denkweisen (crisis als "opportunity for growth"), zum Behaviorismus (crisis als Reaktion auf Stressor/Stimulus) und zu traditionellen psychoanalytischen Konzepten von Motivation und Verhalten.

Einige Versuche, crisis theory mit komplexeren Konzeptionen zu verknüpfen, seien kurz angeführt: TAPLIN (1971), Erkenntnisse der kognitiven Psychologie einbringend, ersetzt den Balanceverlust als Krisencharakteristikum durch die Einschränkung bzw. Unterbrechung kognitiver Prozesse. GREER (1980), neuere Einsichten der "life-span" Literatur erwähnend, sieht CAPLANS crisis auch im Erwachsenenalter als "anabolen" psychologischen Prozeß⁷⁾. BEENACKERS (1982) deutet das Krisenmodell mit PAVLOVS

S-R-Schema. ALEVIZOS (1976) beschreibt die Krise aus behavioristischer Sicht (response excess/deficit, antecedent stimulus als trigger, reinforcement etc.), RUSK (1971) unterlegt der CAPLANschen Konzeption u. a. eine psychoanalytische Deutung (Angst, Regression). Etwas kurios mutet MURGATROYDs (1981) Verknüpfung der crisis theory mit dem telisch-paratelischen Dualismus der Reversal-Theory an.

Entwicklungskrise - akzidentelle Krise

Aus den verschiedenen Krisenkonzepten läßt sich schwerlich der Prototyp der biographischen Krise schlechthin herausdestillieren. Denkbare Ansatz einer Klassifizierung ist die Unterscheidung zwischen Entwicklungskrisen einerseits und akzidentellen Krisen andererseits.

Charakter und lebensgeschichtliche Bedeutung der "developmental" oder "normative crisis" kommen wohl am klarsten in ERIKSONs Arbeiten zum Ausdruck. Das Konzept eines "human life cycle" sieht "childhood as a gradual unfolding of the personality through phase-specific psychosocial crises" (1980, p 128)⁸⁾. "Each stage becomes a crisis because incipient growth and awareness in a significant part function goes together with a shift in instinctual energy and yet causes specific vulnerability in that part" (ebd., p 56). ERIKSONs life cycle besteht aus 8 Phasen (early childhood, play age, school age usw.). In jeder steht dem Individuum ein Gegensatzpaar stadienspezifischer Entfaltungs- bzw. Beeinträchtigungsdimensionen offen (trust vs. mistrust, autonomy vs. shame/doubt usw.). Entwicklungskrisen sind regelhaft auftretende Umbruchphasen⁹⁾ in der schrittweisen Konstituierung der reifen Persönlichkeit.¹⁰⁾

Akzidentelle oder situative Krisen sind in die Wechselfälle des Lebens verwoben, meist geht ihnen ein auslösendes Ereignis voraus. CULLBERG (1978) unterteilt die äußeren Anlässe in Lebensveränderungskrisen (Heirat, Umzug, Arbeitslosigkeit, Pensionierung) und traumatische Krisen (Tod eines Nahestehenden, plötzliche Invalidität, äußere Katastrophen). Wie das

Individuum auf die Krise reagiert, mit ihr fertig wird, hängt von der inneren psychologischen Bedeutung ab, die sie für ihn gewinnt. Die "frühen Erfahrungen und Konfliktpotentiale bekommen einen katathymen Effekt in der akut traumatischen Situation" (CULLBERG 1978, p 27), die Krise ist "überdeterminiert". Die "narzißtische Krise" (HENSELER) sei als Beispiel derartiger, eine (latente) Neurosenstruktur exacerbierender Krisen genannt.

1.1.3 Abgrenzungen

Streß vs. Krise

Zwei derart unscharfe, umgangssprachliche Vorstellungen wie wissenschaftliche Konzepte verwickelnde Begriffe klar voneinander trennen zu wollen, scheint reichlich aussichtslos. Drei denkbare Unterscheidungsmöglichkeiten seien kurz angerissen. Streß ließe sich als in zeitlicher Ausdehnung undefiniertes Phänomen von der Krise als umschriebenem Geschehen abgrenzen. BLOOM bemerkt, daß "crisis differs from stress in that there are time limits to crisis, but, in general, acute stress is a crisis." (zit. in BUTCHER 1976, p 600).

Verstanden als Dysstress besitzt Streß ein rein negatives Potential, während "Krise" die Wendung zum Guten wie zum Schlechten als Möglichkeit in sich birgt (RAPOPORT L 1962).

Schließlich könnte man - in Anlehnung an die crisis theory,¹¹⁾ unter Nichtberücksichtigung diverser anderer Definitionen freilich - folgende Beziehung formulieren: Streß (im Sinne von stressor, stressful life event) als äußere Konstellation - crisis als innerpsychische Reaktion darauf.

Katastrophe/disaster vs. Krise

Krise ist nicht gleich disaster¹²⁾, bedrohlicher Schwebezustand und real gewordene Katastrophe sind etwas anderes. Zur Zeitfolge: Katastrophe als individuelles Ereignis kann den Abschluß

einer krisenhaften Entwicklung bilden. Katastrophe als über-individuell-makrosoziales Ereignis (Erdbeben, Hurrikan, Krieg etc.) kann nachfolgend im einzelnen eine Krise bedingen (vgl. TYHURST 1951), deren Nichtbewältigung bis zur Ausbildung einer posttraumatischen Neurose¹³⁾ führen kann.

Im Unterschied zur "privaten" Krise teilt der Betroffene einer größeren Katastrophe sein Schicksal mit einer Vielzahl gleich oder ähnlich Geschädigter. Nach DYNES (1976) werden disasterinhärente Traumen und Verluste (von Angehörigen, Besitz etc.) effektiver und mit geringeren langfristigen Folgen bewältigt als "normale" Traumen ("Geteiltes Leid - halbes Leid"). Überhaupt legen in Katastrophensituationen meist mehr Menschen adaptive Verhaltensweisen an den Tag als im Alltagsleben. TITCHENERS (1976) und LIFTONS (1976) Untersuchungen zum Buffalo-Creek-¹⁴⁾ Disaster zeigen diametral andere Ergebnisse, die sich weitgehend aus dem völlig anderen Charakter dieser Katastrophe erklären lassen. Unter Zuhilfenahme einer disaster-Klassifikation, wie sie etwa BARREN (1980, 1982)¹⁵⁾ vorgelegt hat, wird deutlich, daß das individuelle Krisenerleben der Modifikation durch den Typus der Katastrophe unterliegt.

psychosoziale Krise - psychiatrische Krise - Notfall

Die hier zu treffenden Abgrenzungen scheinen für die Thematik dieser Arbeit von großer Bedeutung, sind doch begriffliche Konzeptionalisierung und Ausprägung entsprechender Versorgungsinstrumentarien eng miteinander verknüpft.

Zunächst ein Wort zur Problematik psychosoziale Krise vs. psychiatrische Krise. Erstere sei v. a. aus externen Bedingungen (Beziehung Individuum - Umwelt), letztere hauptsächlich aus internen Bedingungen erklärbar, definiert BEENACKERS (1981). Nach HÄFNER (1978 a) ist eine psychiatrische Krise gegeben, "wenn eine existentielle, soziale oder materielle Gefährdung eines Menschen oder seiner Umgebung im Zusammenhang mit einer psychischen Störung bzw. Krankheit steht." (p 84) Der Terminus "psychiatrische Krise" ist freilich, wie HÄFNER selbst bemerkt, weder sehr gebräuchlich noch scharf umrissen. Zur Vereinheitlichung sei die Beschränkung auf eine begriffliche Unterscheidung

zwischen psychischer Krise¹⁶⁾ einerseits, psychiatrischem Notfall andererseits nahegelegt.

BOCHNIK (1978) möchte das Wort "Krise" den "lebensgeschichtlichen Entscheidungs- und Wendepunkten unter der Perspektive der Gestaltung einer einmaligen verbliebenen Lebenszeit vorbehalten." (p 213). Notfall wird, "dimensional unabhängig von einer Krise", komplementär als "das aktuelle Angewiesensein auf fremde Hilfe und fremde Entscheidungen" (ebd., p 213) verstanden. BOCHNIK schildert denkbare Kombinationen von Krise und Notfall (p 213 f): Notfälle aus Krisen (z. B. Selbstmord, Sucht), lebensgeschichtliche Krisen durch Notfälle (z. B. Apoplex, Verkehrsunfall im Alkoholrausch), Krisen ohne Notfälle (sog. "leise" Krisen, insgesamt am häufigsten), Notfälle ohne Krisen (z. B. Selbstmordversuch bei endogener Depression) und schließlich Krisenüberwindung durch Notfälle oder weitere Krisen (z. B. Distanzierung nach Suizidversuch).

HÄFNER (1978 a) nennt als Merkmale psychiatrischer Notfälle vitale Gefährdung, daher Konzentration auf Einzelperson; hohe Prozeßgeschwindigkeit, daher unmittelbarer Handlungszwang; medizinisch-psychiatrische Befundbeurteilung.

SOREFF (1981) unterscheidet zwischen potentiellen und tatsächlichen Notfällen: "The potential emergency becomes an actual emergency when either the person or the significant others seek immediate assistance". (p 1).

Noch zwei Anmerkungen zum psychiatrischen Notfall: Für GRIVOIS (1979) gibt es keine, zumindest keine "exhaustive" Klassifizierbarkeit psychiatrischer Notfälle, weil neben Nosologie, Symptomatologie immer auch der jeweilige Kontext mit hereinspielt: "en psychiatrie, l'urgence est avant tout situation" (Vorwort p 3). Der psychiatrische Notfall existiert für COLIN (1976) als solcher überhaupt nicht. Notfall sei ein vielfältiges Erscheinungsbild, dessen Ursachen sich oft erst im Nachhinein klären ließen. Statt "urgence psychiatrique" also eher "psychiatrie d'urgence".

Auch nach dem Schwerpunkt der Intervention läßt sich, wie HÄFNER zeigt, eine Abgrenzung treffen.

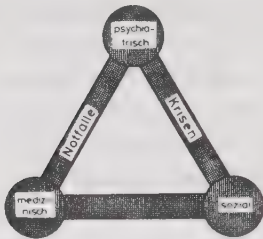


Abb. 1-1 Aus HÄFNER 1978 b, p 4

Zuletzt noch eine begriffliche Annäherung aus versorgungspragmatischer Sicht. Man könnte Krise und Notfall ganz einfach nach ihrem Dringlichkeitsgrad unterscheiden: Unmittelbares Eingreifen charakterisiert den Notfall, eine Wartezeit bis zu 2 Tagen die Krise und alles, was länger warten kann, alltägliche Probleme (kritisch erwähnt bei PARAD 1976, p XXVII).

1.1.4. Pragmatisches

Die ganze Problematik konzeptueller Fragen scheint rapide an Bedeutung zu verlieren, gelangt man mittels Operationalisierung zu folgender, auf die tägliche Arbeit etwa einer walk-in clinic (scheinbar) ideal zugeschnittener Definition von "Krise": Eine Krise liegt dann vor, wenn ein Klient kommt und sagt, er sei in einer Krise und brauche Hilfe. Das klingt zunächst einleuchtend und recht praktikabel. Bloß, "when is a client in crisis?", möchte man mit GOLAN (1969, Titel ihres Aufsatzes) fragen. Es sei hier insbesondere auch an präsuizidale Krisen erinnert, die selbst für den Erfahrenen oft schwer erkennbar scheinen.

Abschließend noch eine komplexere pragmatische Krisendefinition, die individuelles Geschehen und Versorgungsstruktur verknüpft: Krise ist die Koinzidenz der Krise des Einzelnen mit einem Defizit im Versorgungssystem, das keine dieser Krise

adäquaten Interventionsmittel besitzt oder bereitstellt (LIEVENS 1983, LUYN 1982)

1.2. Krisenintervention - Kategorien einer Technik

1.2.1. Rahmenbedingungen

Zunächst soll kurz der Rahmen abgesteckt werden, in dem sich Krisenintervention als therapeutisches Geschehen abspielt.

Prävention

Nach CAPLAN (1961, 1964) lassen sich präventive Maßnahmen in folgende, inzwischen auch von der WHO übernommene Ebenen einteilen:

Primärprävention	Verhinderung des erstmaligen Auftretens psychischer Störungen (prevention of onset); Senkung der Inzidenz
Sekundärprävention	Verkürzung der Erkrankungsdauer und Verhinderung von Rückfällen durch Früherfassung und Frühbehandlung (early intervention); Senkung der Prävalenz
Tertiärprävention	Vermeidung bzw. Milderung der chron. Auswirkungen der Erkrankung (limitation of disability)

Primärprävention ist, schreibt CAPLAN, ein "community concept. It involves lowering the rate of new cases of mental disorder in a population over a certain period by counteracting harmful circumstances before they have had a chance to produce illness. It does not seek to prevent a specific person from becoming sick. Instead, it seeks to reduce the risk for a whole population, so that, although some may become ill, their number will be reduced. It thus contrasts with individual-patient-oriented psychiatry." (1964, p 26)

Krisenintervention, gemäß der Definition der Nomenklaturkommission der Psychiatrie-Enquête, "Ein Vorgehen der Vorbeugung, der Frühbehandlung und des akuten Eingreifens durch geeignete Maßnahmen, die in der Krise zur Anwendung kommen" (Enquête-Bericht, Anhang, p 7), spielt sich - zumindest soweit es die

Arbeit der in dieser Untersuchung beschriebenen Krisenzentren betrifft - auf der Ebene der Sekundärprävention und zum Teil der Tertiärprävention ab.

Eintrittswahrscheinlichkeit

Sind auch die Bedingungen und Konstituenten psychischer Krisen von Individuum zu Individuum verschieden, so lassen sich doch einige allgemeine Faktoren beschreiben, die eine Aussage über die Wahrscheinlichkeit gestatten, mit der eine Krise eintreten wird.

Nach SCHULBERG (1968) sind für eine derartige "probability formulation of crisis" wenigstens 3 Faktoren nötig: a) die Wahrscheinlichkeit, daß ein "hazardous event" stattfindet, b) die Wahrscheinlichkeit, daß ein Individuum diesem Ereignis ausgesetzt ist und c) die Vulnerabilität des Individuums. Als mathematische Formel ausgedrückt lautet die Beziehung:

$$P_{\text{Crisis}} = f(\text{hazardous event} \times \text{exposure} \times \text{vulnerability})$$

Vulnerabilität

Es scheint auf der Hand zu liegen, daß für die individuelle Ausprägung der meisten Krisenreaktionen die Vulnerabilität des Einzelnen den maßgeblichen, zugleich aber auch den am schwersten bestimmbaren Anteil hat. Wie ihn fassen? Nach BECK (1972) ergibt sich die Vulnerabilität aus der "hazardousness of situation" einerseits, der "ego strenght of personality" andererseits. HÄFNER (1983) hat ein Schwellenmodell der Krise vorgelegt, in der die Modulation der Vulnerabilität in Abhängigkeit von der Zeitachse zum Ausdruck kommt.

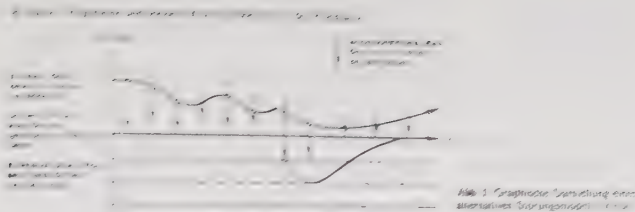


Abb. 1 - 2 aus HÄFNER 1983, p 237

1.2.2. Therapiemodelle

Der folgende Abschnitt soll Aufschluß darüber geben, was Krisenintervention eigentlich ist - oder genauer, welche Erscheinungsformen von Krisenintervention sich im einzelnen unterscheiden lassen.

Als Einstieg in diese Thematik sei eine Übersicht von AGUILERA (1982) gewählt, in der Psychoanalyse, Kurzpsychotherapie und Krisenintervention einander schematisch gegenübergestellt werden.

AGUILERAs Unterteilung läßt sich allerdings nur für die ursprüngliche, zunächst eng umrissene Ausprägung der Krisenintervention, die "crisis intervention", aufrecht erhalten, wie sie nach dem 2. Weltkrieg von CAPLAN und LINDEMANN in Harvard entwickelt wurde. Als der Begriff Mitte der 70er Jahre hierzulande populär wurde (PÖRTGEN 1970, HÄFNER 1974, Landeck-Symposium 1977 z. HAASE 1978, Donaueschingen 1976), erfuhr er rasch eine derartige Ausweitung, daß es gerechtfertigt scheint, Krisenintervention - i. Ssg. zu crisis intervention¹⁷⁾ - nicht weiter von der Kurzpsychotherapie zu trennen, sondern sie als Teil des Interventionsbereichs kurzpsychotherapeutischer Techniken zu verstehen.

	Psychoanalysis	Brief Psychotherapy	Crisis Intervention
Goals of Therapy	Restructuring the personality	Removal of specific symptoms	Resolution of immediate crisis
Focus of Treatment	1) Genetic past 2) Freeing the unconsciousness	1) Genetic past as it relates to present sit. 2) Repression of unconscious and restraining drives	1) Genetic present 2) Restoration to level of functioning prior to crisis
Usual Activity of Therapist	1) Exploratory 2) Passive Observer 3) Non-directive	1) Suppressive 2) Participant Observer 3) Indirect	1) Suppressive 2) Active Observer 3) Direct
Indications	Neurotic - personality - pattern	Acutely disruptive - emot. pain and - severely disrupt. circumstances	Sudden loss of ability to cope with a life situation
Average Length Treatment	Indefinite	1 - 20 Sessions	1 - 6 Sessions

Abb. 1 - 3, aus AGUILERA ²1974 p 21 bzw. ⁴1982

Die vielfältigen Erscheinungsformen, in denen Krisenintervention stattfindet, lassen sich, wie mir scheint, unter drei Oberbegriffe fassen: Krisenintervention als "generic approach", Krisenintervention als "empirische" Therapie und Krisenintervention als Sonderform anderer Therapien.

Die Richtungen im einzelnen:

generic approach

Der "generic approach", also der das Krisentypische vor dem Individuell-Einmaligen betonende Therapieansatz, geht auf LINDEMANN und seine Arbeit über "Symptomatology und Mangement of Acute Grief" (1944) zurück, den Grundstein des späteren "crisis model". An 101 Hinterbliebenen, darunter auch Angehörigen der in der Brandkatastrophe im Bostoner Nachtklub "Cocoanut Grove" Umgekommenen (s. a. Anm. 13), legte LINDEMANN

den phasenhaften, 4 - 6 Wochen dauernden Verlauf der "normal grief reaction" dar und kontrastierte ihn mit den pathologischen Bewältigungsformen einer verzögerten oder verzerrten Trauerreaktion. LINDEMANN konnte bestimmte, allgemeingültige "tasks" formulieren, deren Bewältigung im Verlauf der Trauerreaktion Voraussetzung eines normalen Verarbeitungsprozesses war. Aus der Kenntnis dieser "tasks", i. e. Loslösung von der Fixierung an den Toten, aktive Verarbeitung des Trauererlebnisses und der Emotionen, Durcharbeiten von Angstgefühlen, Etablierung eines neuen Verhältnisses zum Toten, Suchen nach neuen Bezugspersonen, aus dieser Kenntnis also ließen sich in "morbid grief reactions" spezifische Defizite aufdecken, deren Identifizierung zugleich eine gezielte Intervention gestattete.

LINDEMANN beobachtete zudem, daß die Ausbildung einer pathologischen Trauerreaktion nicht durch eine individuelle, schon früher in Erscheinung getretene Neigung zu neurotischen Reaktionsweisen beeinflußt wurde, sondern bestimmt war durch Faktoren wie Intensität der Beziehung zum Toten, Schlüsselstellung des Toten im sozialen Binnensystem u. ä. Nach KAPLAN (1968), der selbst sehr detailliert die "tasks" einer Mutter in der Krisensituation "Frühgeburt" beschrieb¹⁸⁾, läßt sich die Krise als eigengesetzliches Geschehen verstehen, und nicht - wie in traditionellen psychiatrischen Konzepten - lediglich als Exacerbation einer langjährigen psychischen Störung.

In der Folgezeit wurde eine ganze Reihe von Krisensituationen auf das ihnen überindividuell Typische hin beschrieben; als Beispiele seien genannt: Jugendliche Delinquenz (HURWITZ 1962), Umzug (BROWN 1965), Elternschaft (LE MASTERS 1957, DYER 1963), Vergewaltigung (SCHERL 1972, BURGESS 1974).

JACOBSON (1968) sieht die Bedeutung des "generic approach" darin, daß durch die schematische Auflistung von patterns, die in adaptiven bzw. maladaptiven Lösungen münden, ein Interventions-"rationale" für nichtprofessionelle Kräfte (z. B. Schwestern, praktische Ärzte, Sozialarbeiter) zur Verfügung steht. Der "generic approach" sei in gewissem Sinne vergleichbar mit öffentlichen Gesundheitsmaßnahmen wie Schutzimpfungen, Fluorierung des Trinkwassers etc.

In "Myths and Realities of Crisis Intervention" (1982) geht LUKTON mit dem event-pattern-task-Positivismus der Krisentypisierer ins Gericht und fordert stattdessen einen "holistic approach", der dem Einzelnen, seiner spezifischen psychologischen Matrix und der besonderen Situation gerecht wird.

Krisenintervention als "empirische" Therapie

Was in diese Kategorie fallen soll, läßt sich am ehesten im Ausschlußverfahren beschreiben. Zur "empirischen" Krisenintervention gehören m. E. alle therapeutischen Interventionsstrategien, die sich weder dem "generic approach" zuordnen lassen, noch den auf Krisenintervention spezialisierten Zweig einer anderen Therapierichtung (s. u.) darstellen.

Anders ausgedrückt, "empirische" Krisenintervention umfaßt all das, was man sich üblicherweise unter Krisenintervention vorstellt, also rasche Hilfe in seelischer Not, Entlastung von emotionellem Druck, Beistand und aktive Stütze bei der Bewältigung der Krise, Eröffnung gangbarer Zukunftsperspektiven etc.

Ein kleiner Rückblick sei gestattet:

Im Jahr 1906 suchte der Dirigent Bruno WALTER wegen einer offenbar psychogenen Armaffektion, einem sog. Berufskampf, der ihm das Dirigieren unmöglich machte, nach langen Irrwegen schließlich Sigmund FREUD auf. Statt mit einer langwierigen psychoanalytischen Exploration zu beginnen, wie WALTER erwartet hatte, schickte FREUD ihn noch am selben (!) Abend zu einem Erholungsurlaub nach Sizilien - er solle nur nicht an seinen Arm denken. Obgleich der Urlaub nicht den gewünschten Erfolg brachte, ermunterte FREUD seinen Patienten, wieder mit dem Dirigieren zu beginnen und übernahm persönlich die Verantwortung dafür, daß er die Aufführungen erfolgreich durchstehen würde. Als WALTER bemerkte, daß er über der Musik zuweilen sein Armleiden ganz vergaß, machte ihm FREUD die Bedeutung dieser Momente als Zeichen der beginnenden Heilung deutlich. Nach insgesamt 5 - 6 Gesprächen hatte WALTER sein seelisches Gleichgewicht wiedergefunden und konnte seine musikalische Laufbahn ohne weitere Beeinträchtigungen fortsetzen.

Was hat das ganze mit Krisenintervention zu tun? Stellen wir die Charakteristika der FREUDschen "Kurztherapie" zusammen:

Aktives Partizipieren mit direkten Handlungsanweisungen, stellvertretende Übernahme von Hoffnung und Verantwortung, Unterstützung der Selbstheilungskräfte, zudeckende statt aufdeckende Therapie (Vergessen!), Beschränkung auf wenige Gespräche. Vergleicht man diese Inhalte mit den Richtlinien einer Krisentherapie, wie sie beispielsweise AGUILERA (s. o.) oder CULLBERG (s. Abb. 1 - 4) vorgelegt haben, so erkennt man unschwer weitgehende Übereinstimmungen.

1. Die Selbstheilungstendenzen des Klienten unterstützen - nicht heilen.
2. Ermutigen, Gefühle von Trauer, Schmerz, Schuld und Aggressivität zu zeigen.
3. Die Funktion als "stellvertretende Hoffnung" übernehmen.
4. Stützen in der Konfrontation mit der Realität, Verleugnungstendenzen und Realitätsverzerrungen entgegenwirken.
5. Die Hilfskräfte der Familie und eventuelle andere zu mobilisieren versuchen.
6. Die Regression im Dienste des Ichs unterstützen (Pharmaka, kurze Krankenschreibung etc.)
7. Schädlicher Regression - Alkohol, Tabletten, Krankenhauseinweisung, soziale Isolation, Bitterkeit - entgegenwirken.

Abb. 1 - 4 aus CULLBERG 1978, p 29

Zwei Folgerungen bieten sich an: Weder sind die beschriebenen therapeutischen Maßnahmen eine Entdeckung der letzten zwanzig Jahre - auch beschränkt sich ihre Anwendung nicht auf explizite Krisensituationen -, noch stellen sie eine elaborierte, präzise ausformulierte Technik dar, sind eher etwas Selbstverständliches, eine, wenn man so sagen darf, "Therapie des gesunden Menschenverstandes" (Schließlich wissen wir von FREUDs Kurztherapie lediglich aus WALTERS Autobiographie, FREUD selbst wäre wohl kaum auf die Idee gekommen, hier eine neue, auch nur erwähnenswerte Therapierichtung kreiert zu haben.).

Es muß als Verdienst der crisis theory angesehen werden, durch das Hervorheben der erhöhten Suggestibilität des Individuums im Kulminationspunkt der Krise und des anfänglichen Offenstehens

adaptiver wie maladaptiver Lösungen den erfahrungstradierten Prinzipien unmittelbarer und akuter Hilfe eine theoretisch fundierte Rechtfertigung gegeben zu haben. Die "empirische" Therapie wurde für professionelle Helfer akzeptabel. Von der dann geradezu enthusiastischen Aufnahme zeugte eine rasch anwachsende Artikelflut, weit verstreut über diverse Zeitschriften. Krisenintervention wurde für die kirchliche Seelsorge (z. B. SWITZER 1970, BAUMANN 1980), für die Sozial- und Gemeindearbeit (z. B. MCGEE 1974, RAPOPORT R 1963), für die ärztliche Praxis (z. B. IRNIGER 1980) und nicht zuletzt für die Selbstmordverhütung ¹⁹⁾ (z. B. SONNECK 1977, 1982, FEUERLEIN 1978) entdeckt und nutzbar gemacht.

Soweit übersehbar, bewegen sich die einzelnen Interventionsanleitungen etwa in dem von AGUILERA und CULLBERG umschriebenen Rahmen. Einige ergänzende Gesichtspunkte seien angeführt: MORLEY (1970) beschreibt die "4 levels of intervention": a) environmental manipulation, b) general support, c) generic approach und d) individually tailored approach (der höhere level schließt die unteren jeweils ein).

BUTCHER (1976) unterscheidet zwischen "crisis therapy cases" und "dispositional crisis cases", letztere charakterisiert durch das organisatorische Management nicht unbedingt psychischer Krisen. HÄFNER (1974) weist auf den instrumentellen und den therapeutischen Anteil der Krisenintervention hin. Nach JACOBSON (1970) besitzt Krisenintervention eine affektive und eine kognitive Komponente. BRODSKY (1977) beschreibt die bewußte Provokation von gegen den Therapeuten gerichtetem Zorn als zumindest bei aggressionsgehemmten Klienten geeignete Krisentechnik. In 4 Phasen unterteilt SONNECK (1977) Krisenintervention: 1) Beginn der Therapie, 2) eigentliche Intervention, 3) Beendigung der Intervention und 4) Nachkontrolle. Während die meisten Autoren (z. B. MORLEY 1965 zit. bei FARBEROW 1967, SONNECK 1982, FEUERLEIN 1983) eine umfängliche Diagnoseerhebung zu Anfang eher als hinderlich ansehen und das primäre "assessment" auf die Einordnung der aktuellen Krise beschränken, schreibt BUTCHER "the role of astute assessment is not only the first phase of crisis therapy, but constitutes an important part of every case (...)" (1976, p 601).

Da nur bei 20 - 30 % der Krisenpatienten der "hazard" unmittelbar evident sei, sieht MITCHELL (1977) in dessen Identifizierung den Schlüssel zur Krisenintervention. In ähnliche Richtung argumentieren RAPOPORT L (1962) und HARRIS (1963), die - unter Bezug auf KALIS'Arbeit über "Precipitating Stress as a Focus in Psychotherapy" (1961) - die Herausarbeitung der auslösenden, oft aber unbewußten Streßkonstellation als wesentlich ansehen.

Zum Schluß sei noch auf CIOMPI (1977) verwiesen, der die von der crisis theory postulierte Phase erhöhter Suggestibilität durch eine provozierte, künstlich ausgelöste Krise - abgefangen von einem vorbereiteten Interventionsteam - bei chronisch-regressiven Patienten nutzen möchte.

Diese Aufzählung macht auch eines augenfällig: So eindeutig klar das theoretische Konstrukt, so unscharf-vielfältig das inhaltliche Therapiekonzept. Über psychohygienische Bedeutung und therapeutische Notwendigkeit von Krisenintervention besteht seit den initialen Arbeiten von LINDEMANN und CAPLAN kaum Zweifel, im Gegenteil - bloß, "alle reden von Krisenintervention, vom Wie aber nicht", wie HENSELER (1981 b, p 136) bemerkt.

Pragmatisch-empirische Prinzipien, Anleihen bei anderen Therapieformen und Multidisziplinarität schufen zwar ein recht praktikables Interventionskonzept, inkonzise Methodik, wahlloser Eklektizismus und ausufernde Kompetenzansprüche ließen jedoch bald Kritik laut werden:

"A survey of the crisis literature reveals a mass of logical inconsistencies, terminological obfuscation and practice uncertainty" (LUKTON 1974, p 384)

"While crisis theory is composed of a rather coherent set of assumptions, the clinical techniques used are relatively unstructured and unsystematic" (ALEVIZOS 1976, p 132)

"During the past few years, numerous and frequently superficial publications on crisis theory and its application on crisis intervention have appeared. The theoretical and scientific discussion of these, however, is often deficient and largely omnipotent. The constructive side of Caplan's theory is that it is easy to adopt and use in clinical work. The negative aspect is that the crisis theory has a tendency to bias and omnipotence" (AALBERG 1978, p 88)

"Although crisis intervention has become widely accepted as a legitimate approach to treatment in mental health, it remains a poorly understood, ill-defined concept" (McGEE 1968, p 319)

"(...) wobei man den Eindruck gewinnt, daß die Krisenintervention jede neue populäre Strömung sofort für sich reklamierte oder daß jede neue Strömung den Anspruch erhob, als Kriseninterventionstechnik brauchbar zu sein" (SONNECK 1977, p 85)

Krisenintervention als Sonderform anderer Therapien

SONNECKs kritische Bemerkung leitet über zur dritten Kategorie von Krisenintervention, den auf Krisenmanagement spezialisierten Formen anderer Therapierichtungen. Im folgenden sollen schwerpunktmäßig Verhaltenstherapie, Gruppentherapie und psychoanalytische Techniken Erwähnung finden.

a) behavioral approach

CAPLAN (1963) unterscheidet als Ebenen möglichen Krisengeschehens intrapsychische ("emotional crisis"), interpersonale, "social system"- und "community"-Krisen. Krisenintervention im Rahmen sekundärer bzw. tertiärer Prävention spielt sich auf den beiden ersten Ebenen ab.

EISLER (1973) stellt heraus, daß eine krisenorientierte Kurztherapie nicht primär auf eine intensive "one-to-one"-Beziehung mit Betonung der intrapsychischen Problematik abziele, "crisis theorists and practitioners have found it more useful to concentrate therapeutic efforts toward an immediate restructuring of deficient interpersonal interactions within a designated target social system" (1973, p 115). Schon PARAD und CAPLAN hatten eine "Framework for Studying Families in Crisis" (1960) entworfen, in dem die Phänomene des Krisengeschehens nach den Gesichtspunkten family life style, intermediate problem-solving mechanisms und need-response patterns geordnet wurde, ohne freilich direkt auf behavioristische Theoriebildung zu rekurrieren.

Für behavioristisch orientierte Therapeuten, schreibt ALEVIZOS, "a crisis amplifies problem interactions which helps identify them to the family and the therapist; it serves as a problem-solving focus in treatment (...)" (1976, p 131).

Mittels behavioristischer Techniken soll für die Intervention in interpersonalen Krisen nun eine spezifische Technik zur Verfügung stehen. Eine Reihe geeigneter Verfahren nennt EISLER (1973): Feedback, Modeling and Role-Playing, Behavioral Rehearsal, Achieving Reciprocal Reinforcement in Families, Instructions and Behavioral Contracts.

b) Gruppentherapie

Die therapeutische Relevanz informell strukturierter Kontakte zwischen Patienten in Krisenzentren (insbesondere in nicht-ambulant) wird allgemein betont; Gruppentherapie als eigene Interventionsstrategie wird gleichwohl recht selten durchgeführt.

Von einer derartigen, explizit auf Krisenintervention ausgerichteten Gruppentherapie, 1965 im Benjamin Rush Center in Los Angeles eingeführt, berichtet ALLGEYER (1976). Klienten wird, sofern nicht suizidal oder schwer psychotisch, die Teilnahme an einer auf maximal 6 Sitzungen beschränkten Gruppentherapie vorgeschlagen, die darauf abzielt, dem Klienten a) seine Krise und alte coping-Mechanismen deutlich zu machen, b) Problemlösungen vorzuschlagen und c) neue coping-Versuche zu unterstützen. Der Gruppenleiter strukturiert und steuert die Interaktionsabläufe, um eine kontinuierliche Fokussierung der krisenzentralen Thematik zu gewährleisten. Grundgedanke des gruppentherapeutischen Ansatzes ist, daß der Klient die gestörten Kommunikations- und Verhaltensweisen einer maladaptiven Krisenbewältigung weitgehend unverändert, zumindest deutlicher als in einer dyadischen Beziehung in das aktuelle setting einbringt, sie im feed-back der Gruppe widergespiegelt sieht, ihre Defizienz erkennt und nach anderen Lösungswegen sucht.

SATTERFIELD (1977) beschreibt die Tätigkeit einer ambulanten Krisengruppe am Jefferson Community Mental Health Center in Denver (rd. 8 Mitglieder, etwa 4 Sitzungen in 2 Wochen à 2 Stunden). Jeweils ein Klient steht im Mittelpunkt der Gruppenarbeit. Dazwischen erhalten die Klienten schriftliche "Homeworks".

TRAKAS (1971) konnte zeigen, daß das "emergency management" in einer "short-term open group" (max. 10 Klienten, 1,5 Stunden in der Woche, max. 6 Sitzungen) doppelt so erfolgreich als in einer anderweitig therapierten Kontrollgruppe (individuelle, supportive Psychotherapie, reguläre Gruppentherapie oder gar keine Therapie (bei 15 %)) war.

c) psychoanalytische Techniken

Eine Krise kann oberflächliches Geschehnis bleiben, in ihr kann aber auch ein tiefsitzender Persönlichkeitskonflikt zum Ausdruck kommen. Der situative Kontext erscheint überdeterminiert, angstbesetzte Störpotentiale der Vergangenheit, unbewältigt und mühsam verdrängt, brechen wieder durch. Ein reines "here-and-now" Management erweist sich dann als insuffizient, der "mehr-dimensionale" Ansatz kann geradezu den Blick auf die untergründige Problematik verstellen (HENSELER 1981 b).

Tiefenpsychologische Denkmodelle in einer psychodynamisch orientierten Kurztherapie wirksam werden zu lassen, kennzeichnet das Bemühen, für diese Patienten einen angemessenen Interventionsmodus zu finden.

Eine Möglichkeit stellt die von MALAN (1965, p 271 ff) beschriebene "Fokal"-Technik dar. Der Analytiker verfolgt ein bestimmtes Ziel, den "Fokus". Der Fokus wird eingleisig verfolgt, der Patient durch Partialdeutungen darauf hingelenkt, Ablenkung durch nicht zum Fokus gehöriges Material vermieden. Grundsätze der Fokalthherapie sind Planung, Aktivität und geschicktes Weglassen. Sie ist abhängig von einer erfolgreichen Interaktion Patient - Analytiker, dergestalt daß a) der Patient Material anbietet, das b) den Analytiker befähigt, einen Fokus zu formulieren, den er c) dem Patienten anbietet und den d) nunmehr der Patient annimmt und bearbeitet.

Aus dem Konzept der narzisstischen Krise hat HENSELER (1981 b) eine Interventionsstrategie speziell für Suizidpatienten entwickelt ("Vom bewußten Konflikt zum unbewußten Konflikt"). Suche nach dem kränkenden Anlaß, Suche nach dem gemeinsamen Nenner (bei mehreren Suizidversuchen) und Beobachtung der Interaktion Patient - Therapeut werden als Wege beschrieben, zum unbewußten Konflikt zu gelangen.

Nach KERNBERG (1978, p 382) sollten sozial an sich gut angepaßte Patienten mit narzißtischer Persönlichkeit in einer akuten Krise zunächst mit einer stützenden Kurztherapie versorgt werden und für später die Möglichkeit einer längerfristigen psychoanalytischen Behandlung ins Auge gefaßt werden.

Für RUSK ist "'deep' versus 'superficial' therapy (...) a dubious concept for any psychotherapy" (1971, p 262). Entsprechend versucht er, beide Ansätze in ein Kriseninterventionsmodell zu integrieren:

"If the therapist is willing to intrude as the omnipotent transference figure the patient craves, to utilize the heightened suggestibility and to serve as an auxiliary ego who shares the responsibility of coping, then anxiety will diminish, regression will reverse, and adaptive ego functions will return. The golden rule for the therapist in crisis intervention is to do for others that which they cannot do for themselves and no more." (ebd., p 251)

BELLAK, Gründer der "Trouble Shooting Clinic" in Elmhurst, New York, und einer der Väter einer Kurz- und Notfallpsychotherapie psychoanalytischer Provenienz, beschreibt folgende Interventionsmethoden als in Krisensituationen geeignet (1981, p 41 ff): Interpretation (cathartic interpretation - mediate catharsis), Reality Testing, Drive Repression, Sensitization of Signals, Education, Intellectualization, Support, Conjoint Sessions and Family Network Therapy, Psychoactive Drugs.

1.3. Krise und Krisenintervention - Stellenwert einer Strategie

Nach der schlaglichtartigen Erhellung verschiedener Facetten von Krise und Krisentherapie abschließend der Versuch, Abstand zu gewinnen, um aus der Distanz Krisenintervention entsprechend relativieren und einordnen zu können.

Synopsis

Zunächst soll die umseitige, sicherlich vereinfachend-schematische Übersicht (s. Abb. 1-5) die Stellung von Krisentheorie und -therapie im Beziehungsgefüge aus Theoriebildung, Therapiepragmatik und Gesundheitspolitik (von der noch ausführlich zu reden sein wird) anschaulich machen.

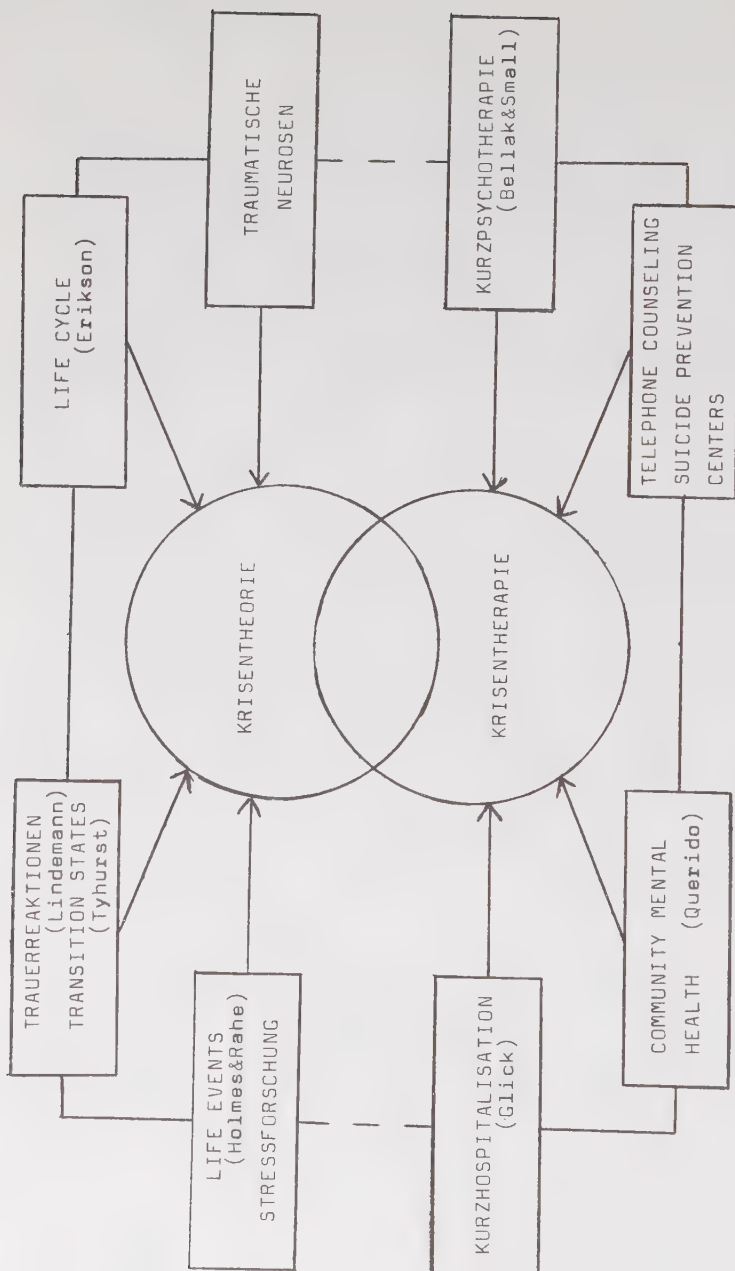


Abb.1-5 Synopsis

Iatrogene Fixierung

Zur Krisenintervention, bisher als zwingend notwendiges Eingreifen, ja als Voraussetzung erfolgreicher Krisenbewältigung beschrieben, läßt sich eine grundsätzliche Gegenposition formulieren, wie sie etwa in STROTZKAs Worten zum Ausdruck kommt. Eine Krisenreaktion, charakterisiert als Verhaltensstörung unter Streßbelastung (i. Ggs. zu neurotischen Störungen, die sich unter äußerem Druck eher bessern sollen),

"klingt entweder beim Aufhören des Streß wieder ab, oder es tritt beim Fortbestehen desselben eine Anpassung ein. Ihre Prognose ist daher, wenn keine iatrogene Verschlechterung erfolgt, die zu einer neurotischen Fixierung führen kann, eine ausgezeichnete, auch ohne Therapie. Eine solche Therapie kann sogar die entscheidende Verursachung einer solchen iatrogenen Fixierung sein." (1977, p 13)

Support Systems

Über historische Bedeutung und heutige Rolle von Krisenintervention im Gesamtrahmen therapeutisch-präventiver Maßnahmen mag wohl keiner kompetenter urteilen als CAPLAN selbst. Daher soll er hier, am Ende der Einführung nochmals zu Wort kommen.

Drei Elemente des "crisis model", meint CAPLAN (1976), hätten über die Zeit Bestand: a) die Betonung der unmittelbaren short-term Intervention, b) die Hervorhebung erhöhter Suggestibilität während der Krise und c) die Stimulierung von Beistand und Hilfe durch Dritte.

Das ursprüngliche Modell bedürfe jedoch einer Erweiterung; er habe im Laufe seiner gemeindepsychiatrischen Arbeit bei zunächst als "reinen" Krisen konzeptionalisierten Situationen zunehmend "additional dimensions" entdeckt, "when I realized that the initial crisis upset was usually followed by a prolonged period of adjustment during the adaptation to a radically new pattern of life. During this lengthy adaptation period there was an increased susceptibility to crisis, each of which might be helped by my usual crisis intervention techniques. But the issues involved in the long-term changes in life situations demanded that I continue supportive contact or that I supply such follow-up from other sources." (1976, p XXIV)

Gerade für "grief reactions", aus deren Untersuchung LINDEMANN die Fundamente der "crisis theory" gelegt hatte, gelte: "If we really want to help her (the widow, C. A.), we must do more than provide initial short-term crisis intervention." (ebd., p XXIV)

CAPLAN betont die Bedeutung der sogenannten support systems (s. a. sein gleichnamiges Buch (1974)) in einer umfassenden seelischen Gesundheitsfürsorge: "The support systems model does not supplant the crisis model, but complements it, and also acts as a bridge between the crisis model and what might be called "the model of adjustment to long-term life changes". (ebd., p XXV)

Der Kontrast zu STROTZKAs Ausführungen könnte kaum größer sein. Soll man Krisenreaktionen auf sich beruhen lassen, oder verlangt die Insuffizienz des crisis-intervention-Modells ein expansiv-allgegenwärtiges Versorgungssystem aus unzähligen, zumeist nichtprofessionellen Kräften, trainiert und supervidiert von geschulten Therapeuten.

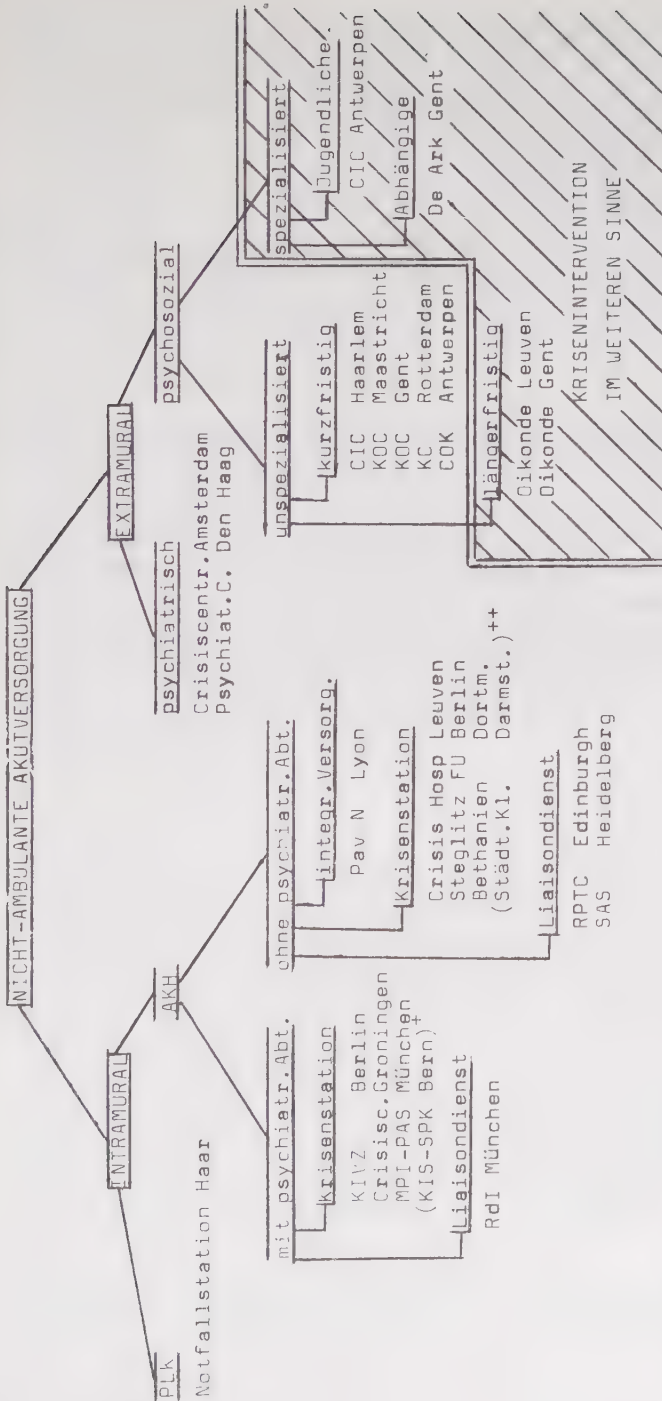
Ein begrenzt-lückenhaftes Versorgungssystem aus therapeutischer Selbstbeschränkung steht gegen eine schrankenlose Überversorgung aus therapeutischer Allmacht.

Es zeichnet sich das Spannungsfeld ab, in dem die nachfolgend zu beschreibenden Krisenzentren ihre Existenz zu rechtfertigen haben.

2. Krisenintervention und Notfallpsychiatrie -

Die Einrichtungen im einzelnen

Bevor die Einrichtungen nachstehend in Einzeldarstellungen beschrieben werden, soll zunächst die Abbildung 2-1 eine erste Orientierung über das Folgende gestatten und zugleich die Einordnung der einzelnen Einrichtungen in die Systematik nicht-ambulanter Akutversorgung erleichtern.



Abkürzungen

AKH Allgemeinkrankenhaus, CIC Crisis Interventie Centrum, COK Centrum voor Opvang van korte duur, KC Krisiscentrum, KIVZ Krisisinterventionszentrum, KIS-SPK Kriseninterventionsstation Sozial-psychiatrische Klinik, KOC Krisis Opvang Centrum, MPI-PAS Max-planck-Institut psychiatrische Aufnahmestation, PLK Psychiatrisches Landeskrankenhaus, Rdi Klinikum rechts der Isar, RPTC Regional Poisoning Treatment Center, SAS Sektion Angewandte Suizidforschung

+ s. Anhang 1, ++ s. 4.2.

2.1. Intramurale Einrichtungen

2.1.1. Einrichtungen mit kombiniert intensivmed./psychiatrischer Versorgung

Integrierte Akutversorgung

PAVILLON N, SERVICE D'URGENCE MEDICALE, HÔPITAL E. HERRIOT, LYON

1. Rahmen

Das Hôpital Edouard Herriot, centre hospitalier universitaire der benachbarten Medizinischen Fakultät, stellt mit einem Einzugsgebiet von etwa 600 000 Einwohnern dank seiner zentralen Lage, den Kooperationsmöglichkeiten mit anderen nahegelegenen klinischen Einrichtungen und der umfassenden medizinisch-chirurgischen Ausstattung das wichtigste Krankenhaus der Hospices Civils de Lyon dar, Dreh- und Angelpunkt des stationären Versorgungssystems. Auf Initiative des damaligen Bürgermeisters und späteren französischen Ministerpräsidenten E. Herriot wurde das Hospital in den Jahren 1913 bis 1933 nach Plänen des Architekten Tony Garnier²⁰⁾ im Pavillonstil erbaut (21 Pavillons, 2 000 Betten).

Von den 60 000 Aufnahmen im Jahr sind rund die Hälfte Notfälle, von denen alle, die keines sofortchirurgischen Eingriffs bedürfen, in den Pavillon N gelangen, der den gesamten Service d'Urgence Médicale (S.U.M.) beherbergt. Das Besondere des S.U.M., 1966 gemeinsam von M. VEYRET, dem damaligen Direktor der Hospices Civils de Lyon, und Prof. ROCHE ins Leben gerufen, ist das Konzept einer übergreifenden, somatische, psychiatrische und soziale Dimensionen des Notfalls in ihrer jeweiligen Gewichtung adäquat angehenden Akutversorgung, gewährleistet durch die pluri-disziplinäre Zusammenarbeit von Anästhesisten, Toxikologen, Internisten und einer psychiatrischen équipe.

Für Jahre war der S.U.M. des Hôpital E. Herriot die einzige öffentliche Anlaufstelle bei medizinischen Notfällen in ganz

Lyon; seit Mai 1979 leistet der Service d'Urgence am Hôpital Jules Courmont im Süden Lyons etwa ein Fünftel der Arbeitsbelastung des S.U.M. Die drei großen psychiatrischen Hospitäler von Lyon (je 1 000 - 2 000 Betten) sollen der Behandlung von Akutpatienten in ihrer Schwerfälligkeit eher ablehnend gegenüberstehen. Dazu kommt, daß die Verwahrung soziopathischer Patienten, der ganze Bereich der "criminologie clinique", den Allgemeinkrankenhäusern obliegt, da die psychiatrischen Hospitäler nach ihrer Neuorientierung weder die gesicherte Unterbringung gewährleisten können, noch eine Einweisung überhaupt akzeptieren (COLIN 1975).

Eine Beteiligung der knapp 12 "secteurs", in die Lyon eingeteilt ist, an der notfallpsychiatrischen Versorgung von Teilen des S.U.M.-Klientels findet so gut wie nicht statt.

Die Services Bénévolés sollen - mit Ausnahme der Familienberatung - auf eher laienhaftem Niveau arbeiten. Abschließend sei noch erwähnt, daß in der Pathologie ein psychologisch-sozialtherapeutisch geschulter Mitarbeiter tätig ist, der den Hinterbliebenen von sich aus Hilfe und Beistand anbietet, ganz nach den Vorstellungen einer "out-reaching" Intervention (CAPLAN 1974).

2. Konzept

Das äußere Band, das die verschiedenen Disziplinen zusammenhält, ist die médecine légale. Prof. COLIN, Directeur de l'Institut de Médecine Légale et de Criminologie de l'Université de Lyon, zugleich Leiter der psychiatrischen équipe des S.U.M., ist ebenso wie Prof. ROCHE Rechtsmediziner. Nicht zuletzt der tägliche gutachterliche Umgang mit Suizidenten, Agitierten, soziopathischen Patienten, mit Alkoholikern, Hirnverletzten etc. mag das Fehlen einer für dieses Klientel geeigneten Akutversorgung spürbar gemacht und der Verwirklichung des Modells S.U.M. Vorschub geleistet haben.

Neben dieser mehr vordergründigen Verknüpfung der einzelnen Fachrichtungen durch die médecine légale - auch die meisten

Assistenzärzte vertreten gleichzeitig den Sektor médico-légale - beruht die pluridisziplinäre Zusammenarbeit auf einem Notfallkonzept, das "urgence" als gemeinsames Symptom vielfältiger Ursachen begreift, die oft erst a posteriori, also nach der Intervention faßbar werden. Ob der Zustand eines akut eingelieferten Patienten beispielsweise eine hirnorganische, eine alkoholtoxische oder eine psychiatrische Grundlage hat, mag sich a priori nicht ohne weiteres sagen lassen.

Gibt es dann überhaupt eine "urgence psychiatrique", oder müßte man nicht mit ALBY und SADOUN von einer "psychiatrie de l'urgence" sprechen (COLIN 1976). Generell wäre zu fragen, ob die übliche Unterscheidung zwischen "malades somatiques" und "malades psychiatriques" nicht vornehmlich auf dem "critère du recours ou non-recours du malade à l'équipe psychothérapeutique" beruhe (COLIN 1975, p 75).

Versteht man "urgence" also als eine zunächst unspezifisch-vieldeutige Notsituation, die verschiedene Disziplinen gleichermaßen fordern kann, zeichnet sich die konzeptionelle Grundlage der institutionalisierten Kooperation, wie sie seit über 20 Jahren unter dem Dach des Pavillon N verwirklicht wird, deutlich ab.

3. Struktur

3.1. Räumlichkeiten

Der zweistöckige Bau des Pavillon N beherbergt folgende Einrichtungen:

Im Tiefgeschoß befinden sich

- eine modern ausgestattete Abteilung für Reanimation und Intensivmedizin
- eine medizinisch-psychiatrische Begutachtungsstelle (Alkohol im Straßenverkehr, Vergewaltigung, Abtreibung etc.)
- ein EEG-Zimmer

Im Erdgeschoß liegen

- "La Porte", Erstuntersuchungs- und Filterinstanz, die zwischen 17 und 8 Uhr die Aufgaben des Service Médical d'Accueil wahrnimmt
- die Station N1 mit 39 Betten, davon 8 Intensivbetten, der "point chaud" des Pavillon N, mit N3 eine der beiden Notfallabteilungen, insbesondere für Intoxikationen, Liegezeit rund 2 Tage
- die Station N2 mit 27 Betten, die den beiden Notfallstationen N1 und N3 als Überweisungsort für Patienten dient, die einer verlängerten Nachbetreuung bedürfen, gemischte Abteilung mit 1/3 somatischen und 2/3 psychiatrischen Patienten, Liegezeit bis zu 2 Wochen.

Das erste Stockwerk beherbergt

- die Station N3, die zweite Notfallabteilung mit 41 Betten, hauptsächlich für neurologische Akutpatienten, Liegezeit etwa 3 Tage
- den Sozialdienst
- die Abteilung N4, centre anti-poison

Im zweiten Stock sind untergebracht

- das Labor
- Kardiologische und neurologische Untersuchungseinrichtungen

3.2. Personal

Mehr als 300 Personen sind insgesamt im Pavillon N beschäftigt; die Zahl der paramedizinischen Kräfte, des Pflege- und Verwaltungspersonals beträgt fast 200.

Die psychiatrische équipe, die zugleich die übrigen Einrichtungen des Krankenhauses konsiliarisch mitbetreut, umfaßt 20 Psychiater (10 davon in Weiterbildung), 7 Psychologen und 4 Sozialarbeiter.

4. Patienten

Jährlich gelangen rund 20 000 Patienten in den Pavillon N, eingewiesen von Allgemeinärzten (40 %), von Polizei und Feuerwehr (30 %) oder von medizinischen und sozialen Einrichtungen (10 %); 20 % kommen aus eigener Initiative oder werden von Angehörigen bzw. Freunden gebracht (bei Patienten mit überwiegend psychiatrischer Problematik beläuft sich dieser Anteil auf mehr als 40 %).

Die Aktivität der psychiatrischen équipe erstreckt sich auf 40 % aller Patienten; von den psychiatrisch (mit-)betreuten Patienten bedürfen wiederum drei Viertel zugleich einer medizinischen bzw. toxikologischen Versorgung.

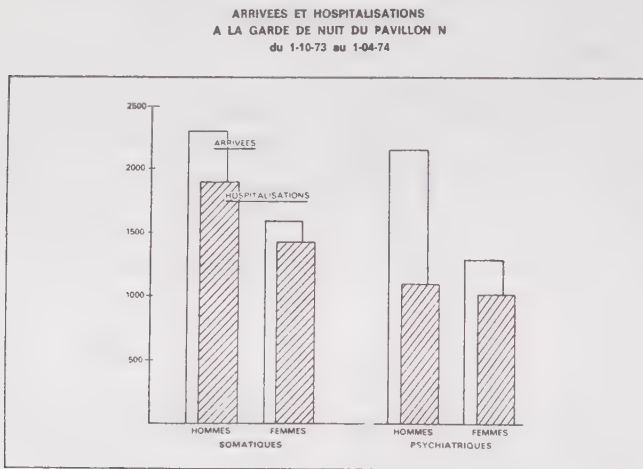


Abb. 2-2 Einweisungen
und stationäre Aufnahmen
der garde de nuit
(COLIN 1975)

Abb. 2-2 zeigt die Anzahl der Patienten, die zwischen dem 1. Oktober 1973 und dem 1. April 1974 in der Nachtambulanz des Pavillon N eintrafen und den Anteil derer, die dann stationär aufgenommen wurden. Bei etwa 40 % der Patienten mit überwiegend

psychiatrischer Problematik konnte in einer ambulanten Intervention die Krise soweit entschärft werden, daß sie unmittelbar nach Hause geschickt werden konnten. Bei den männlichen psychiatrischen Patienten, vornehmlich von Feuerwehr, Polizei oder dem Croix-Rouge eingeliefert, reichte sogar in mehr als der Hälfte der Fälle ein ambulantes "trouble-shooting". Zu den Problemgruppen, denen häufig ohne stationäre Aufnahme geholfen werden konnte, gehören Alkoholiker, Agitierte und Patienten mit Angstzuständen. Die Unterscheidung arrivé - hospitalisé veranschaulicht die Relevanz einer institutionalisierten Beiziehung eines interventionserfahrenen psychiatrischen Teams schon im Eingangsprozeß, um unnötige Aufnahmen zu vermeiden.

Nach einer Erhebung von ELCHARDUS (1983) läßt sich folgendes Profil der psychiatrisch betreuten Patienten zeichnen:

Sie sind

- vornehmlich französisch (85 %)
- überwiegend jung (37,8 % unter 25 J., 68,3 % unter 35 J.)
- bevorzugt weiblich (70,7 %)
- zur Hälfte verheiratet oder in freier Ehe (51,5 %) ohne Kinder (39 %)
- fast immer mit festem Wohnsitz (86,8 %)
- zur Hälfte berufstätig (47 %)
- fast zur Hälfte ohne psychiatrische Vorgeschichte (45,7 %). Psychiatrische Vorgeschichte mit bzw. ohne Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung bei 37,5 % bzw. 8,5 %. Bei 8,2 % keine Angaben.

Zwei Statistiken von COLIN (1975) unterteilen alle Patienten des Pavillon im Jahre 1972 nach Eingangsdiagnose und Alter (Abb. 2-3), dazu die psychiatrischen Patienten nach Geschlecht, Alter und Diagnose (Abb. 2-4). Es fällt die Altersdifferenz zwischen den psychiatrischen (50 % unter 40 J.) und den somatischen Patienten (50 % über 60 J.) auf. Unter den Patienten zeigt sich eine Isomorphie im Altersprofil der somatischen und sozialen Fälle einerseits, und der psychiatrischen und der akzidentell vergifteten Patienten andererseits. In der Aufschlüsselung der psychiatrischen Patienten stand der jungen, zu

2/3 weiblicher Population der Suizidenten eine ältere Patientengruppe von (chronischen) Alkoholikern (z. T. im Delirium tremens oder in einer Alkoholpsychose) deutlich gegenüber, während die dritte Gruppe weitgehend heterogen war.

STATISTIQUE D'AGE PORTANT SUR 12.684 MALADES
SOIT 88,5 % DES ENTREES A «N» EN 1972 (14.321)

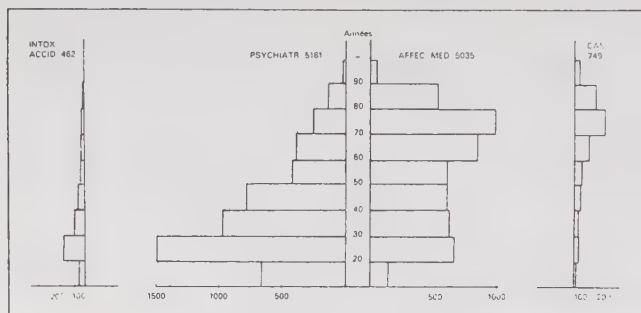


Abb. 2-3 Alter und Eingangsdiagnose stationärer Patienten 1972
(COLIN 1975)

Tableau VIII
CATEGORIE PSYCHIATRIQUE : 5.161 ENTREES
REPARTITION EN DIAGNOSTICS D'ENTREE, CLASSE D'AGE ET SEXE

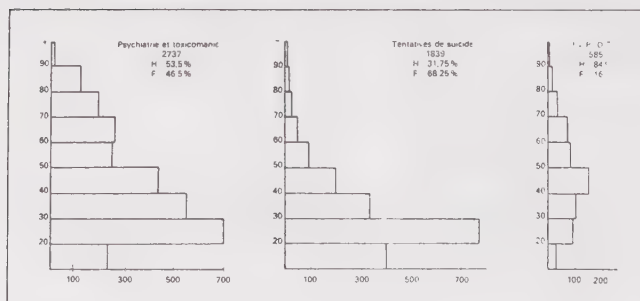


Abb. 2-4 IVR: Rausch, DT: Delir. trem.

96,4 % der psychiatrischen Patienten zeigen bei der Aufnahme ein anomales Verhalten. Offensichtlich ist es diese Verhaltensauffälligkeit, die Angehörige, Feuerwehr, Polizei etc. zur Einweisung motiviert. Die einzelnen Verhaltenskriterien sind in Abb. 2-5 aufgefächert.

Rund drei Viertel der in N1 psychiatrisch mitbetreuten Patienten waren Suizidenten. Die Syndrome der psychiatrischen Patienten gibt Abb. 2-6 wieder.

CRITERES COMPORTEMENTAUX

Pour un même patient, plusieurs réponses (au maximum 3) ont pu être choisies parmi les suivantes.

Intoxication volontaire aigue	69,9
Autre auto-agression	8,8
Comportements psychopathiques et comportements dangereux au sens de la loi de 1938	5,4
Victime	3,9
Etat d'agitation	7,6
Etat confusionnel	1,8
Alcoolisme aigu	7,2
Alcoolisme chronique	8,4
Autres toxicomanies	3,9
Autres	5,2
Absence de critère comportemental en dehors de critère plus spécifiquement séméiologique	4,6

EVALUATION SEMEIOLOGIQUE

Pour un même patient, plusieurs réponses (maximum 3) ont pu être choisies parmi les suivantes.

Accident névrotique	41,2
Névrose constituée	13,1
Symptomatologie psychosomatique	3
Symptomatologie conversionnelle	4,2
Etat psychotique aigu	5,8
Psychose chronique	4,5
Etat dépressif	34,1
Troubles mentaux de la sénilité	0,9
Pathologie relationnelle prédominante (conjugopathie ...)	7,9
Autre	6,7
Les conditions de l'examen ne permettent pas une analyse séméiologique suffisante	8,2

Abb. 2-5 Verhaltenskriterien
(ELCHARDUS 1983)

Abb. 2-6 Symptomatik d.
psychiat. Patienten
(ELCHARDUS 1983)

Da Mehrfachnennungen möglich waren, zeigte sich, daß lediglich 56 % eine "reine" Symptomatik präsentierten, während der Rest 2 oder 3 Items zugeordnet werden konnte. Diese Zahlen scheinen - zusammen mit den 8,2 %, die bei der Aufnahme nicht eindeutig diagnostiziert werden konnten - die Ansicht zu unterstützen, daß in der Krisenintervention eine subtile, u. U. eben langwierige Diagnostik am Anfang vor einer raschen Linderung der

akuten Notlage des Patienten zurückzutreten habe (SONNECK 1977, FEUERLEIN 1983).

5. Intervention

An der Pforte, "la porte", wird jeder neuaufgenommene Patient von einem Dreierteam aus Internist, Toxikologe und Psychiater einer Erstuntersuchung unterzogen, die im Schnitt 2 Stunden dauert. Die Untersuchungszimmer sind nach Bekunden der Ärzte etwas eng, zudem fehlt es an Möglichkeiten, Agitierte angemessen unterzubringen. Ein größerer Teil der Patienten kann, wie schon ausgeführt, ambulant versorgt werden. Auf den Notfallstationen N1 und N3 nehmen die Psychiater an der Betreuung der Patienten teil, ein festes Schema existiert nicht.

Alle Suizidpatienten werden regelmäßig vom Psychiater gesehen. Die Krankenschwestern arbeiten gemeinsam für alle Patienten; im Laufe eines Tages erfährt der Patient etwa eine Stunde direkte Zuwendung von Seiten der Schwestern. Die therapeutischen Ressourcen der Psychiater reichen, neben den Psychopharmaka - rund ein Viertel der Patienten erhält psychotrope Substanzen - vom Einzelgespräch über Gruppentherapie, institutionelle Therapien wie Arbeitstherapie bis zur analytischen Behandlung mit 3 Sitzungen pro Woche im Rahmen der "consultation". Auf jeden psychiatrischen Patienten entfällt am Tag etwa eine Stunde psychiatrische Betreuung; zu den Gesprächen werden meist ein Psychotherapeut und/oder ein Sozialarbeiter hinzugezogen, nach Möglichkeit auch die Angehörigen. Der Versuch, eine spezifische Krisentherapie zu entwickeln, wurde nach einiger Zeit aufgegeben.

Der Entlassungstermin bei Kurzzeitpatienten ohne weitere somatische Komplikationen wird zumeist von den Psychiatern festgelegt.

Die Station N2 bietet die Möglichkeit, Patienten, die einer etwas längeren, aber absehbaren stationären Nachbetreuung bedürfen, für max. 2 Wochen aufzunehmen. Die Betten sind zu

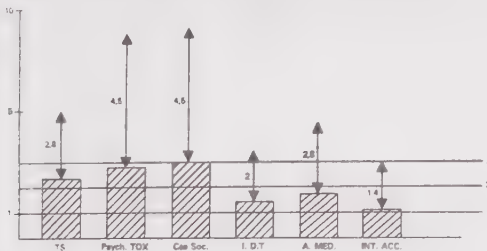
einem Drittel von somatischen, zu zwei Dritteln von psychiatrischen Patienten belegt. Diese Station entspricht, zumindest was das psychiatrische Klientel angeht, in etwa dem Modell, das FEUERLEIN (1978) speziell für Suizidpatienten vorschlug; eine intensivstationsnahe Abteilung, reserviert für eine mehrtägige psychiatrische Nachsorge eines kleinen Teils der toxikologischen Patienten.

Die Mischung somatischer und psychiatrischer Patienten ist nicht ohne Reiz und hat sich in den Augen der Ärzte bewährt. Nur ein verschwindend kleiner Anteil der psychiatrischen Patienten von N2 muß längerfristig in ein psychiatrisches Hospital verwiesen werden.

Die Verweildauer für alle Patienten, geordnet nach diagnostischen Kriterien, gibt Abb. 2-7 wieder, für die psychiatrischen Patienten Abb. 2-8. Die Variationen der Liegezeiten sind am geringsten bei den akzidentellen Intoxikationen, am größten bei den Sozialfällen und den psychiatrischen Patienten (hier v. a. durch den N2-Aufenthalt).

Tableau X

DUREE MOYENNE DE SEJOUR SELON LE DIAGNOSTIC D'ENTREE



y) DUREE DE L'HOSPITALISATION

Information manquante	13,1
Moins de 24 H (entrée/sortie le même jour).	7,3
24/48 H	38,4
2 à 3 jours	18,9
3 à 4 jours	8,5
4 à 7 jours	10,1
Plus d'une semaine	3,4
Plus de deux semaines	0,3

Abb. 2-7 Liegezeit aller Pat.
(COLIN 1975)

Abb. 2-8 Liegezeit psychiat.
Pat. (ELCHARDUS 1983)

TS: Suizidversuch; Psych. TOX: psychiatr. Erkrankungen einschl. Toxikomanien; Cas Soc: Pat. m. soz. Probl.; I DT: Rausch, Delir; A Med: somat. Pat.; Int. Acc.: Akzid. Vergiftung

Nach ELCHARDUS (1983) wurden am Ende der Erstintervention, die sich über einen Zeitraum von maximal 48 Stunden erstreckt, 35 % der psychiatrischen Patienten ohne weiteres Nachsorgeangebot entlassen (5 % gingen gegen ärztlichen Rat). Ebenfalls 35 % wurden zur Nachbetreuung an ambulante Einrichtungen verwiesen, 4 % an soziale Dienste. Bei 25 % wurde die Hospitalisation fortgesetzt (17 % im Pavillon N, 7 % in einem psychiatrischen Krankenhaus, 1 % in einer Rehabilitationseinrichtung).

Bei der Adressenvermittlung externer Dienste wurde in der Wahrnehmung der offerierten Nachsorgeangebote eine erhebliche Schwundrate bemerkt, der durch direkte Terminvereinbarung seitens des S.U.M.-Psychiaters und durch Begleitung des Patienten zum Termin abgeholfen werden konnte.

6. Problematik

Psychiatrische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser werden in Frankreich administrativ wie finanziell getrennt geführt. Eine psychiatrische Abteilung im Hôpital général, wie in Lyon verwirklicht, muß die große Ausnahme bleiben. Einzig das Hôtel-Dieu im Zentrum von Paris hat eine vergleichbare Integration Psychiatrie-Medizin in der Akutversorgung vollzogen (GRIVOIS 1973, 1979 a; KAMAL 1981).

Nur durch das persönliche Engagement und das Ansehen ihrer Gründer konnten die Verwaltungs- und Budgetschwierigkeiten überwunden werden, die sich dem Modell S.U.M. entgegenstellten (und -stellen). Neben dieser generellen Problematik wirft die Binnenstruktur des Pavillon N einige wesentliche Schwierigkeiten auf, die in der institutionalisierten Zusammenarbeit von Internisten, Toxikologen, Anästhesisten und Psychiatern wurzeln.

"La difficulté est d'assurer la coordination de ces quatre formations cliniques d'idéologie et de culture si différentes et le problème est l'homogénéité d'interprétation pour assurer l'équilibre et la synergie, au mieux une coexistence pacifique."
(COLIN 1982, p 1)

Da zudem definierte Kooperationsmodi, feste Organisationsschemata und bindende Therapiepläne weitgehend fehlen, entsteht ein struktureller Freiraum, der für die Erprobung neuer Versorgungsmodalitäten ebenso wie für das Taziehen um Patienten und finanzielle Mittel offensteht.

Wenngleich die Personalzahl insgesamt als ausreichend beschrieben wird, führen die hohe Patientenzahl, der rasche "turn-over", der oft nur allzu kurze Kontakt mit den Patienten, deren weiteres Schicksal meist im Dunkeln bleibt, bei den jüngeren Ärzten nach etwa einem halben Jahr ihrer Tätigkeit im Pavillon N zu einer "fatigue", zu Unzufriedenheit und einer insgesamt ablehenden Haltung dem ganzen Modell gegenüber.

Ob der S.U.M. in seiner jetzigen Form weiterbestehen wird, scheint fraglich. Die Initiatoren und Mentoren dieses integrativen Modells (ROCHE, COLIN) gehen dem Ruhestand entgegen, während die jüngeren Ärzte - meist nicht mehr gleichzeitig Rechtsmediziner, damit entfällt schon das äußere Band - das Modell kaum favorisieren (s. o.).

Andererseits hat der S.U.M. in seinem über 20jährigen Bestehen ohne Frage erfolgreich gearbeitet und wäre einer Erhaltung mit schrittweiser Verbesserung und Ergänzung wert, deren Zielsetzung eine miniaturisation/diversification einerseits, die Einrichtung eines secteur d'urgences brèves andererseits wäre.

"(...) il nous semble que la consultation d'accueil psychiatrique, même disposant de quelques couchettes, peut être située soit en amont, soit en dérivation du centre de crise, permettant une prise en charge plus souple de tous les cas qui ne comportent pas d'inscription organopathique évidente. C'est dans cet esprit que nous diversifions dans notre complexe médicale d'urgence, a la fois un secteur d'urgences brèves, bien moins onéreux et limité à quelques heures, pour tous les cas qui ne nécessitent pas une hospitalisation en soins intensifs et qui dépassent les possibilités d'une prise en charge ambulatoire."

(COLIN 1983, p 1 f)

Die Absicht, im S.U.M. zusätzlich eine eigene Abteilung für "urgences brèves" einzurichten, ist nicht zuletzt Ausdruck der geringen Bedeutung, die, zumindest in Lyon, den sektorialen sozialpsychiatrischen Einrichtungen bei der Akutversorgung selbst leichterer Krisen zukommt. Daß andererseits gerade die Sektorisierung mit der angestrebten gemeindenahen Vollversorgung die Errichtung extramuraler Krisenzentren stimulieren kann, zeigt das Beispiel des "centre de crise", das AMADO als Teil des Versorgungsangebots des 5^e secteur von Paris eingerichtet hat (s. Anhang 4).

Ohne der späteren Diskussion von Modellen zur Akutversorgung vorgreifen zu wollen, sei kurz vermerkt, daß sich hier zwei grundsätzlich verschiedene Versorgungsprinzipien abzeichnen: Auf der einen Seite ein extramurales, sektorisiertes, in viele kleinere Einrichtungen aufgefächertes System - darunter dann ein Krisenzentrum -, das die "crises dites de petit ou moyen risque", nicht aber die "de mauvais risque" abdeckt, auf der anderen Seite ein Notfall- und Krisenzentrum in einem großen zentralen Allgemeinkrankenhaus, das allen Krisenpatienten, ambulant wie intensivmedizinisch, an einem gewohnt-vertrauten Ort und als (problem-)neutrale Instanz (WEDLER 1975) gerecht werden kann.

Liaisondienste

REGIONAL POISONING TREATMENT CENTER
ROYAL INFIRMARY

EDINBURGH

1. Vorbemerkung

Im Gefolge der Empfehlungen des AITKEN-Reports (schwerpunkt-mäßige Versorgung von Selbstmordpatienten, systematisches "psychiatric assessment") wurde 1962 in der Royal Infirmary im Zentrum Edinburghs auf Ward 3, einer ehemaligen Deliranten- und Verwirrtenstation, das Regional Poisoning Treatment Center (RPTC) eingerichtet, in das vereinbarungsgemäß so gut wie alle

Selbstmordversuche (> 95 %) der Edinburger Region eingeliefert werden, die einer stationären Versorgung bedürfen.

Durch diese Konstellation stand der MRC-Unit for epidemiological studies am Royal Edinburgh Hospital über Jahre ein außergewöhnlich umfassendes statistisches Material zur Verfügung, das eine Vielzahl epidemiologischer Untersuchungen und therapeutischer Interventionsstudien ermöglichte. Einen Überblick über diese Arbeiten bietet KREITMANS Sammelband "Parasuicide" (1977).

In der zusammenfassenden Diskussion verschiedener Interventionsmodalitäten beim Selbstmordversuch (s. dritten Teil der Arbeit) werden die Ergebnisse von KREITMAN e. a. ausführlich zur Sprache kommen. Hier zunächst ein Abriß von Aufbau und Arbeitsweise des RPTC (s. a. COOPER, 1979, p 73 - 76).

2. Struktur

2.1. Räumlichkeiten

Das RPTC liegt im ersten Stock eines der vielen Backsteinbauten, die den altertümlichen Gebäudekomplex der Royal Infirmary bilden. Ward 3 besteht im wesentlichen aus zwei großen, nach Geschlechtern getrennten Schlafsälen mit je 12 Betten; an den beiden (elektrisch betriebenen) Kaminen kleine Sitzgruppen. Zwischen den Halbstationen ein für Magenspülungen eingerichteter Raum, auf der Männerstation zwei vor einiger Zeit installierte, abgetrennte Intensivbetten, dazu 1 Schwestern-, 2 Pflegezimmer und ein kleiner Konferenzraum.

2.2. Personal

Zum Personal gehören

- 2 internistisch-toxikologische Consultants
- 4 internistische Assistenzärzte
(registrar, house-officers)

- 1 psychiatrischer Consultant (Royal Edinburgh Hospital)
- 2 psychiatrische Assistenzärzte (registrars)
- 2 Sozialarbeiter
- 3 Studenten

Die Krankenschwestern sind general nurses ohne explizites psychiatrisches Training, besitzen aber durch den täglichen Umgang mit Selbstmordpatienten ein großes Maß an praktischer Erfahrung.

Die Internisten haben noch weitere Betten in der Infirmary, das RPTC stellt jedoch einen wesentlichen Teil ihrer Tätigkeit dar. Die beiden psychiatrischen registrars sind fest auf der Station.

3. Arbeitsumfang - Klienten

Pro Jahr werden rund 1 800 Aufnahmen verzeichnet, davon sind etwa 900 Wiederaufnahmen. Die Selbstmordpatienten machen mehr als 80 % der Gesamtaufnahmen des RPTC aus, der Rest verteilt sich auf akzidentelle Vergiftungen und akutpsychiatrische Patienten, die über Nacht beruhigt werden sollen.

Die Patienten werden zumeist auf die Notfallabteilung der Royal Infirmary eingewiesen und dort vom diensthabenden Arzt ins RPTC weiterverwiesen. Auch Suizidpatienten, die einer chirurgischen Intervention bedurften, gelangen anschließend auf Ward 3, ihr Anteil (self-injury) liegt zwischen 5 - 7 %.

35 % der Suizidpatienten waren schon früher in psychiatrischer Betreuung, bei fast der Hälfte der Aufnahmen handelt es sich um wiederholte Selbstmordversuche.

Rund drei Viertel der Suizidpatienten lassen sich nicht als krank im psychiatrischen Sinne diagnostizieren, bei der psychiatrischen Symptomatik stehen Depression und depressive Reaktionen im Vordergrund.

4. Intervention

Ziel des RPTC ist es, dem Selbstmordpatienten nach dem Erwachen eine kurze Erholungs- und Besinnungspause zu gestatten, ihn also nicht, wie üblich, umgehend nach Hause zu schicken, wenn er somatisch außer Gefahr ist. Der Patient soll die Möglichkeit erhalten, mit Mitarbeitern wie Mitbetroffenen über das ihn Bedrängende zu reden, haben doch, nach Erfahrung der Mitarbeiter, 19 von 20 Suizidpatienten unmittelbar nach dem Selbstmordversuch das Bedürfnis oder zumindest die Bereitschaft, sich auszusprechen, während diese Offenheit und Zugänglichkeit mit zunehmendem Abstand von der Tat rasch abnimmt.

Die Patienten halten sich durchschnittlich 2 Tage im RPTC auf, die Liegezeit kann zwischen 1 und 14 Tagen im Extrem variieren. Einer der beiden internistischen Consultants macht täglich ein "ward-round", meist begleitet von einem psychiatrischen Assistenten, der, sind die Patienten körperlich restituiert, ein etwa einstündiges Gespräch mit ihnen führt, um sich ein Bild von Persönlichkeit, Problematik und akuter Suizidalität machen zu können. Das Interview ist diagnostisch-prognostisch orientiert und stellt keine therapeutische Intervention im engeren Sinne dar. Nach diesem "assessment" wird vom psychiatrischen registrar, so nötig, die Aufnahme in eine psychiatrische Einrichtung veranlaßt oder eine ambulante Nachbetreuung in die Wege geleitet.

Zweimal in der Woche (Di, Fr 10³⁰ - 12/13⁰⁰) kommt ein psychiatrischer Consultant aus dem Royal Edinburgh Hospital ins RPTC und bespricht dort in einem kleinen, an den Frauensaal angrenzenden Konferenzzimmer mit seinen registrars, den Studenten und (meist) einem Sozialarbeiter und einer Schwester neu aufgenommene Patienten und das weitere Vorgehen bei Problemfällen. Die meist schon voruntersuchten Patienten werden von den Mitarbeitern in einer knappen Viertelstunde vorgestellt, besprochen und gegebenenfalls dem Consultant zu einem Kurzinterview ins Zimmer gebracht. Diese zweimal wöchentlich stattfindende Besprechung, in der nur über ausgewählte Patienten diskutiert und entschieden wird - die Assistenten treffen die

meisten Routinemaßnahmen schon zuvor weitgehend unabhängig - läßt sich am ehesten als eine Supervisionsveranstaltung beschreiben.

Daran anschließend findet eine Besprechung mit den Internisten über einzelne Patienten und allgemeine organisatorische Fragen statt.

Knapp 15 % der Selbstmordpatienten werden zur psychiatrisch-stationären Aufnahme eingewiesen. Grob geschätzt werden fast 9 von 10 Selbstmordpatienten, vom Arztbrief abgesehen, ohne weiteres in die Hände ihres Allgemeinarztes entlassen.

SEKTION ANGEWANDTE SUIZIDFORSCHUNG
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄTSKLINIK
(Ludolf-Krehl-Klinik)

HEIDELBERG

Eröffnung 1977

STRUKTUR

<u>Räumlichkeiten</u>				<u>Personal</u>	
	1 Bett	2 - 3 B	4 B	Psychiater	2
Schlafräume	3	2	2	andere Ärzte	3
Betten	15			Schwester (Intensiv)	4
				Psychologe	1
	min	max	i. D.	Sozialarbeiter	1
				Seelsorger	2
Auslastung	12	21	15	Studenten	4
				andere	2

PATIENTEN

Gesamtzahl/Jahr	ca. 700	<u>Aufnahmegründe</u>	
Wiederaufnahmen	ca. 3 %	Akute Psychose	14,6 %
		Neurot. Dekompensation	14 %
<u>Einweisung durch</u>		Alkohol-/Drogenprobleme	23,3 %
Selbsteinweisung		Suizidversuch*	62 %
Angehörige, Freunde		adjustment disorder	40 %
Polizei			
Prakt. Arzt		frühere psychiatrische	
Facharzt		Behandlung	12 %
Wohlfahrtsinst.			
Krankenhäuser			

THERAPIE

Pharmaka	10 %	<u>Entlassung nach</u>	
Einzels psychotherapie	42 %	Hause/Familie	87 %
Familientherapie	33 %	long-stay Heime	3 %
Gruppentherapie	5 %	Krankenhaus	10 %
anderes	10 %	ambulante Dienste	65 %
		prakt. Arzt	13 %
	i. D.		
Verweildauer (Tg)	3 (1 - 30)		

* als zusätzliches Symptom bei verschiedenen Diagnosen aufgefaßt.

Bis 1965 bestand an der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg die Suizidentennachbetreuung lediglich in einem psychiatrischen Konsiliarbesuch auf Anforderung der Internisten. Von 1965 - 1968 führten einige Ärzte der Abteilung für Allgemeine Klinische Medizin ein Nachbetreuungsprogramm durch, an dem erstmals auch eine Sozialarbeiterin und ein Seelsorger mitarbeiteten. 1977 wurde die "Sektion für Suizidforschung" an der Psychiatrischen Klinik eingerichtet. Das psychosoziale Betreuungsteam arbeitet auf der Intensivstation und in eigenen Räumen innerhalb der Med. Klinik. Während der stationären Krisenintervention nach der Entgiftung bleiben die Patienten üblicherweise auf der Intensivstation (s. a. BÖHME 1978, KULESSA 1980).

TOXIKOLOGISCHE ABTEILUNG
LIAISONDIENST PSYCHIATRIE

MÜNCHEN

KLINIKUM RECHTS DER ISAR

Eröffnung 1978

STRUKTUR

<u>Räumlichkeiten</u>		<u>Personal</u>
	1 Bett 2 - 3 B 6 - 8 B	Psychiater 2
Krankenzimmer	1 1 6	andere Ärzte (Med. Kl. II) 4
Betten	42	Sozialarbeiter 1
Auslastung	100 % (im Mittel)	tägl. Besprechung mit Internisten und Sozialarbeiter 2 x/Woche Oberarztkonferenz

PATIENTEN*

Gesamtzahl(1981)	485	frühere psychiatrische Behandlung
Wiederaufnahmen	58 (12 %)	ambulant 194 (40 %)
Aufnahmegrund		stationär 220 (45 %)
Suizidversuch	100 %	

ThERAPIE

Pharmaka (in Ausnahmefällen)	<u>Entlassung nach</u>	
Einzeltherapie (regelmäßig)	Hause/Familie	7 %
Gespräche mit den Konflikt-	ambul. Dienste	73 %
partnern	Krankenhaus	18 %
	anderswo	2 %
	i. D.	ambulante Nachbetreuung in der
Verweildauer (Tg)	5,8 (1-30)	Psychiatrischen Klinik möglich

* betrifft nur die Suizidpatienten der Toxikologischen Abteilung

Die in eine offene und eine geschlossene Intensivabteilung untergliederte Toxikologische Abteilung des Klinikums Rechts der Isar, zentrale Aufnahmestation für alle intoxikierten Suizidpatienten des Großkrankenhauses, wird seit mehreren Jahren von einem psychiatrischen Liaisondienst der Psychiatrischen Klinik mitbetreut. Die im Liaisondienst tätigen Psychiater sind fest auf der Toxik. Abteilung stationiert; ihre Zuständigkeit umfaßt psychiatrische Diagnostik und Therapie, insbesondere auch die Einleitung von Nachsorgemaßnahmen. Stationsleitung und medizinische Gesamtverantwortung liegen in Händen der Internisten. Neben der Suizidentenversorgung betreut der Liaisondienst Patienten mit Suchterkrankungen, die zur Entgiftung aufgenommen wurden.

2.1.2. Psychiatrische Kriseninterventionsstationen

Allgemeinkrankenhaus

Allgemeinkrankenhaus ohne psychiatrische Abteilung

CRISIS HOSPITALISATIE PSYCHIATRIE
AKADEMISCH ZIEKENHUIS ST. RAFAEL

LEUVEN (Belgien)

Eröffnung Oktober 1978

STRUKTUR

Räumlichkeiten

	1 Bett	2 B	3 B
Krankenzimmer	13	1	1
Betten	18		

Personal

Psychiater supervisor	2 (half-time)
junior	3 (je 1 in Not- aufnahme)
psychiatr. Schwestern	12
Psychologen	2 (half-time)
Sozialarbeiter	1
Nachtdienst 1 Pflegekraft	

PATIENTEN

Gesamtzahl/Jahr	450
Wiederaufnahmen	15 %

Einweisung durch
Selbsteinweisung (sehr selten)
Hausarzt, Facharzt
Wohlfahrtsdienste
eigene Notaufnahme

Aufnahmegründe
akute Psychose
Depression (endogen, reaktiv)
neurot. Dekompensation
Alkohol-/Drogenprobleme
Suizidversuch
adjustment disorder

THERAPIE

Pharmaka
Einzelgespräche
Familientherapie

Entlassung nach
Hause/Familie ca. 75 %
Psychiatr. Hospital ca. 25 %
(bei psychot. Pat. ca. 50 %)

	i. D.
Verweildauer	14 - 21 Tg
(bei psychot. Pat.	- 6 Wochen)

Die 18-Betten-Krisenstation im Akademisch Ziekenhuis St. Rafaël, das selbst über keine allgemeinspsychiatrische Abteilung verfügt, erhält rund die Hälfte der Patienten via Notaufnahme. Dorthin werden - wegen der psychiatrischen Evaluierung und der unmittelbaren Nachbetreuungsmöglichkeit - mittlerweile die meisten Suizidpatienten aus Leuven und Umgebung eingeliefert.

Die ursprünglich angestrebte Liegezeit von 2 Wochen erwies sich im Lauf der Zeit als zu kurz; die "reinen" Krisenpatienten sind doch relativ selten.

Psychotische Patienten, von denen nicht mehr als zwei zugleich auf der Station "vertragen" werden, können bis zu 6 Wochen verbleiben. Ein Isolierzimmer steht zur Verfügung. Die Station wird offen geführt, keine Zwangsaufnahmen.

Wichtigste Bezugsperson des Patienten ist die (psychiatrisch geschulte) Krankenschwester. Die Assistenzärzte verbringen je ein Jahr ihrer psychiatrischen Ausbildung auf der Krisenstation.

Das Team ist weitgehend demokratisch organisiert, der Supervisor hat nicht unbedingt das letzte Wort. Patientenbesprechungen finden täglich, teaminterne Konferenzen wöchentlich statt. Die Krankenschwestern treffen sich alle zwei Wochen zu einer Balint-ähnlichen Aussprache.

Wegen der hohen Arbeitsbelastung kann eine eigene ambulante Nachbetreuung nicht durchgeführt werden.

Patienten mit drängenden sozialen Problemen werden nach der psychiatrisch-ärztlichen Versorgung zumeist in das Krisisopvangcentrum "Oikonde" (s. u.) überstellt.

Exkurs Das Interventionsmodell Leuven

Leuven verfügt über ein vorbildlich-komplementäres Interventionsnetz, das das ganze Spektrum möglicher Krisen- und Notfälle auf den verschiedenen Ebenen des Eingreifens abdeckt. Das ambulant arbeitende Krisiszentrum "De Stut" (dt.: die Stütze) verfügt über ein mobiles Einsatzteam, um der Krise schon am Ort

des Geschehens die Spitze zu nehmen und rechtzeitig geeignete Maßnahmen einzuleiten. Mit der Crisis Hospitalisatie Psychiatrie im Akademisch Ziekenhuis St. Rafaël besitzt Leuven ein Instrumentarium rascher Intervention bei schweren psychischen Krisen und psychiatrischen Notfällen. Für die psychosozialen Krisen mit ausgeprägt materieller Komponente schließlich steht das Krisisopvangcentrum (KOC) Oikonde-Hotel zur Verfügung (s. Anhang 1). Die Zusammenarbeit zwischen den drei Einrichtungen ist gut, die Hauptverweisungswege laufen a) - nach externer Evaluierung - von "de Stut" ins KOC und b) - nach psychiatrisch medizinischer Versorgung - von der Krisenstation ebenfalls ins KOC, wenn zugleich eine schwerwiegende soziale Problematik besteht.

Nun sind freilich diese drei Institutionen nicht, wie sich leicht denken ließe, einem koordinierten Gesamtentwicklungsplan entsprungen, sondern aus einzelnen, untereinander völlig unabhängigen Initiativen hervorgegangen.

Was in Flandern nicht selten zu einer Über- oder Fehlversorgung führt, also die weitgehend ungeordnet-autarken, gegenseitig kaum voneinander Kenntnis nehmenden (sozial-)fürsorgerischen Bemühungen der verschiedensten gesellschaftlichen Gruppen, in Leuven haben sie ein wohlabgestimmtes Versorgungsmodell geschaffen, das - im voraus geplant - kaum besser hätte verwirklicht werden können.

KRISENINTERVENTIONSSTATION
UNIVERSITÄTSKLINIKUM STEGLITZ FU

BERLIN

Eröffnung Oktober 1976

STRUKTUR

Betten	12	Psychiater	3	(1 Konsil. für Notaufnahme)
		Pflegekräfte	8	
		Bewegungsther.	1	(halbtags)

PATIENTEN

Gesamtzahl/Jahr	ca. 300	Alter*	m	w
Wiederaufnahmen	ca. 10 %	(%)		
		- 20	3,2	7,2
		21 - 30	9,2	16,3
Aufnahmegrund *		31 - 40	13,1	17,2
Psychosen (ICD 290-299)	36,1 %	41 - 50	4,4	7,5
Suizidversuch	31,0 %	51 - 60	2,3	7,2
Neurosen (ICD 300, 301)	15,0 %	61 -	2,7	9,8
Alkohol-/Med. Abhängigk.	12,8 %			
(ICD 303, 304, 291)				
Psychosom. Erkr.				
(ICD 306)	4,2 %			
Sonstige Diag. (ICD 307)	0,9 %			

THERAPIE

analyt. orientierte		Nachsorgemodalität*	
Einzel- und Gruppengespräche			
konzentriative		eigene amb. Nachsorge	31,3 %
Bewegungstherapie		amb. Psychiater	27,5 %
Beschäftigungstherapie		stationäre Verlegung	12,6 %
		amb. Beratungsstellen	12,0 %
		kein Behandlungsvorschl.	5,3 %
		psychoanalyt. Therapie	4,7 %
		sozialpsychiatr. Dienst	3,8 %
Liegezeit*	Median Mittel Streuung	Gruppentherapie	2,6 %
	9 Tage 13,6 T 1-103 T.	Zwangseinweisung	0,5 %

* Bezieht sich auf Erhebungszeitraum 1.10.76 - 31.12.78,
n = 665, s. DORN 1979

Seit 1970 besitzt das Klinikum Steglitz, das keine eigene allgemeinspsychiatrische Abteilung beherbergt, eine psychiatrische Ambulanz, die konsiliarisch die 1 300 Betten große Klinik betreut. 1976 wurde eine 12-Betten-Kriseninterventionsstation eingerichtet, um der ständig zunehmenden Zahl notfallpsychiatrisch eingewiesener oder zunächst auf anderen Stationen versorgter psychiatrischer Patienten gerecht zu werden.

Bemerkenswert ist, neben konzentrativer Bewegungstherapie und Beschäftigungstherapie im Rahmen von Krisenintervention, die vergleichsweise hohe Zahl eigener ambulanter Nachbetreuung (rd. ein Drittel).

Durch das Fehlen anderer psychiatrischer Abteilungen im Hause müssen psychiatrische Patienten unselektioniert übernommen werden; entsprechend schwanken die Liegezeiten (1 - 103 Tage, Median 9). Inwieweit dann noch von Krisenintervention i. e. S. gesprochen werden kann, sei dahingestellt.

KRISENSTATION
KRANKENHAUS BETHANIE

DORTMUND-HÖRDE

Eröffnung 1978

STRUKTUR

Räumlichkeiten

Schlafräume 2
Betten 5

Personal

Psychiater 1
Krankenschwestern 3
Psychologen 2
Sozialarbeiter 1
Pfarrer 1

1 Teambesprechung im Monat

PATIENTEN

Gesamtaufnahmen/Jahr 391

Aufnahmegründe

Einweisung durch
Selbsteinweisung
Verwandte, Freunde
Polizei
Prakt. Arzt
Facharzt
Wohlfahrtseinrichtungen
Krankenhäuser

Akute Psychose 8,4 %
neurot. Dekompensation
u. adjustment disorder 66,8 %
einschl. Suizidversuch
Alkohol-/Drogenprobleme 24,8 %

THERAPIE

Krisenintervention

eigenes Nachsorgeangebot

Verweildauer (Tg) 10,2

Weitere Informationen liegen nicht vor.

Allgemeinkrankenhaus mit psychiatrischer Abteilung

KRISENINTERVENTIONSZENTRUM
KRANKENHAUS AM URBAN

BERLIN

Eröffnung 1. Januar 1977

STRUKTUR

Räumlichkeiten

	2 Betten
Schlafräume	3
Betten	6

Personal

Psychiater	3
Schwester/Pfleger	7,5
Sozialarbeiter	3
Nachtdienst	1 Pflegekraft
Teambesprechung täglich	
2 x/Woche Oberarztkonferenz	

PATIENTEN

Gesamtzahl/Jahr	400 - 450
Wiederaufnahmen	ca. 5 %
<u>Einweisung durch</u>	
Rettungsstelle des	
Krankenhauses (rd. 50 %)	
Selbsteinweisung (geschätzt 10 %)	
Prakt. Arzt (geschätzt 8 %)	
Angehörige, Freunde	
Polizei	
Wohlfahrtsdienste	
andere Krankenhäuser	

Aufnahmegrund

adjustment disorder	ca. 60 - 65 %
neurot. Dekompensation	ca. 10 - 15 %
Alkohol-/Drogenprobl.	ca. 10 %
akute Psychose	ca. 5 %

Zustand nach Suizidversuch ca. 50 %

frühere psychiatrische Behandlung
10 % (geschätzt)

THERAPIE

I. d. Regel keine Pharmaka

Einzelgespräche (mind. 1 am Tag)

Gruppentherapie (2 x 1^h/Tag)

Einbeziehung von Familie/Partnern

i. D.

Verweildauer (Tg) 4 (1 - 14)

Entlassung nach

Hause, Familie mit	ca. 70 - 80 %
ambul. Betreuung	
Krankenhaus	ca. 20 - 30 %

eigene Nachbetreuung in "grauer"
Ambulanz

Das Allgemeinkrankenhaus "Am Urban" in Kreuzberg, einem sozio-ökonomisch überaus problematischen Bezirk von rd. 150 000 Einwohnern (davon ein Viertel Ausländer), verfügt seit 1973 über psychiatrische und neurologische Abteilungen.

Zu den psychiatrischen Stationen (Allgemeinpsychiatrie, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, längerfristig Kranke) kam 1977 ein Kriseninterventionszentrum mit 6 Betten hinzu. Zunächst im hinteren Drittel einer allgemeinpsychiatrischen Station untergebracht, ist es seit Oktober 1981 auch räumlich eigenständig im Altbaukomplex des Krankenhauses organisiert.

Das Kriseninterventionszentrum, im Rahmen der "grauen Ambulanz" zunehmend auch in nicht-stationäre Interventionen eingeschaltet, soll einen Baustein zur angestrebten psychiatrischen Vollversorgung i. S. einer gemeindenah-sektorsierten Psychiatrie in Berlin-Kreuzberg darstellen.

(s. a. GÖTTE 1979, HAUCK 1980, GÖTTE 1981, GÖTTE 1982)

CRISISCENTRUM

GRONINGEN

ACADEMISCH ZIEKENHUIS

PSYCHIATRISCHE KLINIEK

Eröffnung 1971

STRUKTUR

Räumlichkeiten

	1 Bett	2 B	3 B
Schlafräume	3	1	2
Betten	11		
	min	max	i. D.
Auslastung	0	11	7 - 8

Personal

Psychiater	consultant	1
	junior	1
Schwestern		11
Sozialarbeiter		1
Studenten (Medizin)		2
Soziologe/Psychotherap.		1
Besprechungen	2 x am Tag	

PATIENTEN

Gesamtzahl/Jahr	405
Wiederaufnahmerate	6 %
Geschlecht m 50 %, w 50 %	

Alter	18 - 29 J.	32 %
	30 - 59 J.	60 %
	60 - J.	8 %

Einweisung durch

Selbsteinweisung/	6 %
Angehörige, Freunde	
Prakt. Arzt	33 %
Sozialpsychiatr. Dienst	12 %
Wohlfahrtsinst.	9 %
Krankenhaus	33 %
Polizei	4 %
andere	3 %

Diagnosen

Psychose (ICD 290-299)	23 %
Neurose (ICD 300)	17 %
Persönlichkeitsstör. (301)	15 %
Alkohol-/Drogenproblem	18 %
ohne psychiatr. Diagnose	9 %
anderes	8 %
frühere psychiatrische	
Behandlung	39 %

THERAPIE

Pharmaka	35 %
----------	------

Nachsorge

Einzeltherapie (tgl.)	
Familientherapie (u. U.)	
	i. D.
Verweildauer (Tg)	4,5 (einige
Stunden bis 1 Monat im Extremfall)	

keine	10 %	8 % abgelehnt
	2 %	nicht nötig
Hausarzt	10 %	
Sozialpsychiatr.	13 %	
Dienst		
Poliklinik	14 %	
Sozialarbeiter	20 %	
(incl. Alkohol/Drogen)		
psychiatr. Aufnahme	25 %	
anderes	7 %	

Das Crisiscentrum liegt auf dem Campus der Universitätskliniken in der ersten Etage eines modernen, siebenstöckigen Baues, der Einrichtungen der Psychiatrischen Klinik beherbergt. COOPER hat Struktur und Arbeitsweise des Crisiscentrum in seinem WHO-Report (1979) recht ausführlich dargestellt. Da sich, wie GIEL (1982) mitteilt, seither nichts wesentlich verändert hat, sei sich hier auf eine tabellarische Übersicht neuerer Daten beschränkt, ohne damit die Bedeutung des Crisiscentrum, gerade in seiner Vorbildfunktion für deutsche Einrichtungen, im geringsten schmälern zu wollen.

PSYCHIATRISCHE AUFNAHMESTATION
MAX-PLANCK-INSTITUT FÜR PSYCHIATRIE

MÜNCHEN

Eröffnung 7.1.1981

STRUKTUR

Betten	12 (- 16)	Psychiater	3
Auslastung	90 %	Sozialarbeiter	1
		Pflegekräfte	7
		Tägl. Teambesprechung unter Supervision	

PATIENTEN

	w	m	ges.	Erstdiagnosen (ICD 9)	w	m	ges.
Gesamtzahl	237	121	358	Schizophrenie (295)	22	6	28
davon Wieder-				affektive Psychose (296)	16	4	20
aufnahmen	18 %	23 %	20 %	neurot. Depression(300.4)	27	10	37
Alter			Familienstand	andere Neurosen (300)	21	10	31
10 - 19	27		ledig	150			
20 - 29	99		verheiratet	139			
30 - 39	115		geschieden	43			
40 - 49	81		getrennt	18			
50 - 59	25		verwitwet	8			
60 -	11						
Einweisungsweg				(303 - 305)	56	42	98
Selbsteinweisung			41	Anpassungsstörung (309)	76	38	114
Krhs. München-Schwabing			146	andere Diagnosen			
Klinik/Poliklinik MPI			52	(291, 293, 294, 297, 301,			
Nervenarzt			47	306, 308, 310, 317 u.			
Prakt. Arzt/and. Facharzt			46	neurolog. Diagn.)	19	11	30
Fachklinik			9				
andere Klinik			14	Total	237	121	358
Gutachten			3				

Suizidversuche (185 von 358 Patienten)			
	w	m	ges.
Suizidversuch als			
Aufnahmegrund	55	32	87
Suizidversuch in der			
Vorgeschichte	41	17	58
Kombination von beidem	30	10	40

In unmittelbarer Nachbarschaft des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, in dessen Klinik 1981 die auf Notfallpsychiatrie und psychiatrische Krisenintervention zugeschnittene "Psychiatrische Aufnahmestation" als Halbstation mit 12 Betten eingerichtet wurde, liegt der Gebäudekomplex des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing, eines großen Allgemeinkrankenhauses mit rund 1 800 Betten. Die psychiatrische Poliklinik des

Max-Planck-Instituts betreut das Schwabinger Krankenhaus konsiliarisch. Knapp die Hälfte der Patienten der Kriseninterventionsstation, die der psychiatrischen Poliklinik angegliedert ist, werden aus diesem Krankenhaus übernommen. Da nachts nur eine Pflegekraft zur Verfügung steht, die zudem noch die Nachbarstation mitversorgen muß, ist die Aufnahmezeit von 7^h bis 20^h begrenzt. Die Station wird offen geführt, nur in Ausnahmefällen wird sie für einige Stunden geschlossen. Eine intensivmedizinische Ausrüstung ist nicht vorhanden.

Entsprechend können keine schwer suizidalen, akut erregten und vital gefährdeten Patienten aufgenommen werden, ebensowenig Patienten, die nach dem Unterbringungsgesetz hospitalisiert werden müssen.

THERAPIE

Einzelgespräche	<u>Weiterverweisung</u>	
	ohne Weiterbehandlung	42
Gruppengespräche	Nervenarzt/Poliklinik	201
	Hausarzt/anderer Facharzt	39
	Poliklinik Max-Planck-Inst.	12
Verweildauer (gemittelt) 9 Tage	Klinik MPI	3
	andere Fachklinik	29
	Nervenkrankenhaus	9
	fachfremde Klinik	16
	unbekannt	7

alle Zahlen von 1983

Neben der emotionellen Entlastung in der beschützenden Atmosphäre der Station und dem "here-and-now"-Krisenmanagement soll der Patient in Einzelgesprächen Einsicht in die Psychodynamik der akuten Krise erhalten, ihre Einbindung in seine Lebensgeschichte erkennen und zugleich die Möglichkeit haben, damit verbundene Gefühle und Bedürfnisse zu äußern. Aufzeigen von gangbaren Zukunftsperspektiven und gegebenenfalls Motivierung zu einer längerfristigen Nachbetreuung treten hinzu. Weiterhin nehmen die Patienten an einer Stationsgruppe teil. Das soziale Umfeld mit seinen wichtigsten Konfliktpartnern wird stufenweise in den Interventionsprozeß einbezogen (s. a. FEUERLEIN 1983).

Psychiatrischer Krankenhausbetrieb

PSYCHIATRISCHE NOTFALLSTATION
PSYCHIATRISCHES BEZIRKSKRANKENHAUS

HAAR bei MÜNCHEN

Eröffnung Februar 1977

STRUKTUR

<u>Räumlichkeiten</u>				<u>Personal</u>	
	1 Bett	2 - 3 B		Psychiater	2
Schlafräume		1	5	anderer Arzt	1
Betten		13 (- 19)		Schwester	10
				Psychologe	1
				Sozialarbeiter	1
	min	max	i. D.	Seelsorger	1
Auslastung	6	19	13	Student	1
				Soziotherapeut	1
				Teambesprechung 2 x am Tag	

PATIENTEN

Gesamtzahl/Jahr	630	<u>Aufnahmegründe</u>	
Wiederaufnahmen	100	akute Psychose	5 %
<u>Einweisung durch</u>		neurot. Dekompensation	15 %
Selbsteinweisung		Alkohol-/Drogenproblem	15 %
Angehörige, Freunde		Suizidversuch	55 %
Polizei (häufig)		adjustment disorder	10 %
Kassenarzt		frühere psychiatrische Behandlung	
Wohlfahrtsinst.		ca. 30 %	
Krankenhaus			

THERAPIE

Pharmaka (sehr selten)		<u>Entlassung nach</u>	
Einzeltherapie		Hause, Familie	70 %
Gruppentherapie (1 x am Tag)		ambulant. Dienste	10 %
Familientherapie		Krankenhaus	15 %
Ehe- und Partnergespräche		long-stay Heime	5 %
	i. D.	eigene ambulante Nachbetreuung	
Verweildauer (Tg)	7 (1 - 15)		

Die psychiatrische Notfallstation des Bezirkskrankenhauses Haar liegt im Erdgeschoß der modernen Aufnahmeklinik, neben der Patientenaufnahme und unterhalb der neurologischen Intensivstation, in die auch Suizidpatienten nach Intoxikation aufgenommen werden.

Die freundliche, in ursprünglich für die Privatstation vorgesehenen Räumen untergebrachte Notfallstation wird geschlossen geführt. Zwei Überwachungs- bzw. Isolierzimmer stehen zur Verfügung.

Der Einzugsbereich der Notfallstation umfaßt, entsprechend dem Versorgungsgebiet des Bezirkskrankenhauses, neben München eine Reihe oberbayerischer Landkreise vom Voralpenland bis zur Donau.

Mehr als die Hälfte der Patienten wird durch die Polizei eingeliefert. Die Zahl der Zwangseinweisungen ist im Lauf der Zeit deutlich gefallen. Die meisten der polizeilich Eingewiesenen können überzeugt werden, freiwillig zu bleiben. Da zudem im Haus ein Richter zur Verfügung steht, vor dem gegebenenfalls direkt verhandelt werden kann, erlebt der Patient den Arzt nicht länger als "Unterdrücker".

Jeder Patient, der länger als eine Nacht bleibt, wird einer körperlichen Untersuchung unterzogen. Die kurzpsychotherapeutischen Maßnahmen sind in etwa an den von CULLBERG (1978) beschriebenen Prinzipien orientiert (s. 1.2.2.). Ein besonderer Schwerpunkt liegt in der Herausarbeitung der krisenauslösenden Faktoren.

Die täglichen Gruppengespräche, von einem der Ärzte für je eine Woche geleitet, sollen die soziale und emotionelle Isolation der Patienten überwinden helfen.

2.2. Extramurale Einrichtungen

2.2.1. Psychiatrisch geleitete Krisenzentren

KRISISCENTRUM AMSTERDAM

1. Vorbemerkung

Das Krisiscentrum (KC) Amsterdam wurde 1972 als gemeinsames Versuchsprojekt der Universitätsklinik (Wilhelmina Gasthuis) und des kommunalen Gesundheitsdienstes für einen zunächst limitierten Zeitraum von 3 - 5 Jahren ins Leben gerufen. Im März 1977 besuchte COOPER das KC und porträtierte es im Rahmen seiner WHO-Studie (1979).

Seither hat sich einiges geändert: Längere Zeit stand die Weiterexistenz des KC überhaupt in Frage. Mittlerweile ist das KC unter neuer Leitung (Dr. SMEETS), die Crisis Research Unit ist geschlossen, Binnenstruktur und Zielpopulation haben sich wesentlich verändert, der Stellenwert des KC im Gesamtversorgungssystem Amsterdams hat sich gewandelt.

Unter diesen Gesichtspunkten scheint eine erneute Beschreibung des KC, wie es sich dem Autor im Juni 1983 präsentierte, als gerechtfertigt, zumal das KC inzwischen ein gerade in psychiatrischer Hinsicht faszinierendes Modell extramuraler Crisis Admission Units darstellt.

2. Vorgeschichte

Daß Krisenzentren nicht nach einem einheitlichen Reißbrettmuster entworfen werden, sondern in ihrer spezifischen Ausprägung oft ein bestimmtes, ortsgebundenes Versorgungsdefizit reflektieren, veranschaulicht die Entstehung des KC. In Amsterdam stand (und steht) einem vielfältigen Angebot ambulanter psychiatrisch/psychosozialer Institutionen²¹⁾ ein Mangel an psychiatrischen Betten²²⁾ gegenüber. Folglich wurde ein Krisenzentrum geschaffen, das trotz seiner beschränkten Bettenzahl

(12) durch kurze Liegezeiten eine relativ hohe Aufnahmekapazität hat und das die psychiatrische Einweisung mit der allfälligen Stigmatisierung bei einem Teil der Patienten, die kurzfristig nicht mehr ambulant betreut werden können, verhindern soll²³⁾.

1972 für einen begrenzten Zeitraum gegründet, sollte das KC danach Teil eines bis dahin zu errichtenden Sozialpsychiatrischen Zentrums werden, das, neben dem KC, eine Abteilung für zweiwöchige und eine für etwa einmonatige Aufnahmen besitzen sollte. Das Sozialpsychiatrische Zentrum gibt es immer noch nicht, seine Einrichtung wird vermutlich an finanziellen Problemen scheitern. Entsprechend der Empfehlung einer im November 1977 zur Frage des Fortbestehens des KC eingesetzten Kommission wurde das KC kurzfristig in ein Gemeinschaftsprojekt der Abteilung seelische Gesundheit des städtischen Gesundheitsdienstes und des psychiatrischen Bezirkskrankenhauses Santpoort umgewandelt. Im Mai 1981 erklärte der Gesundheitsminister gemäß eines entsprechenden Krankenhausgesetzes die Übernahme des KC durch Santpoort. Die langwierigen Übergabeverhandlungen zwischen der Universitätsklinik und Santpoort waren im Juni 1983 noch nicht abgeschlossen.

3. Struktur

3.1. Räumlichkeiten

An der Peripherie des konzentrischen Grachtensystems gelegen, ist das KC als Teil einer typischen backsteindunklen Häuserzeile der 1^e Helmersstraat ohne jeglichen äußeren Hinweis in einem ehemaligen Verwaltungsgebäude des unmittelbar benachbarten Wilhelmina Gasthuis untergebracht. Die Tür wird mittels Gegensprechanlage geöffnet. Über eine Treppe gelangt man in die erste Etage zur zentralen Aufnahme, dem halbrunden reception desk. In diesem, dem sogenannten "medizinischen" Stockwerk, sind 6 geräumige Einzelzimmer untergebracht, klinisch-kalt, Fenster und Naßzelle abschließbar, die Türen mit Glasfenstern. Weiter befinden sich hier 2 Sprechzimmer, Verwaltungsräume und ein Besprechungszimmer für das Team.

Im zweiten, dem "sozialen" Stockwerk, ordnen sich um eine Tischgruppe kreisförmig 6 wohnliche Einzelzimmer an (2 als Doppelzimmer verwendbar), die Betten stammen nicht mehr aus dem Krankenhausfundes, die in die Stationsmitte gehende Wand einschließlich Tür sind aus Glas, von innen durch einen Vorhang zuziehbar. Neben 2 Gesprächszimmern stehen eine Sitzecke und ein kleiner Bartresen zur Verfügung.

Durch das Fehlen eines langen Ganges und die Gruppierung um ein gemeinschaftlich nutzbares Zentrum entsteht keine isolierende Krankenhaus- oder auch Hotelkorridoratmosphäre. Zusammensein wird betont, ohne dem einzelnen seine Rückzugsmöglichkeiten zu nehmen.

Im 3. Stock sind in den der Straße zugewandten Zimmern, die noch zum KC gehören, ein Raum für Fortbildung, Rollenspiel etc. und das Zimmer des mobilen Crisisteam untergebracht, das, vom übrigen KC weitgehend unabhängig, für Kindsmißhandlungen und Verwahrlosungen zuständig ist.

3.2. Personal

Das Personal umfaßt

- 1 $\frac{1}{2}$ Psychiater (Fachärzte)
- 5 Allgemeinärzte, für 1 - 2 Jahre, vor Niederlassung oder im Wartestand auf psychiatrische Assistentenstelle
- 10 Schwestern (psychiatrisch und somatisch ausgebildet)
- 3 Sozialarbeiter (5 Planstellen)
- $\frac{1}{2}$ Psychologe
- $\frac{1}{2}$ Andragoge ("Pädagoge" für Erwachsene)
- 21 Studenten, für 6 bzw. 10 Monate, verschiedene Fachrichtungen (Medizin, Psychologie, Schwerbehindertenpädagogik, Sozialwissenschaften etc.)

Es wird in 3 Schichten gearbeitet: 7³⁰ - 16, 15³⁰ - 24, 23³⁰ - 8. In jeder Schicht ist eine vollständige Triade aus Allgemeinarzt, Schwester und Sozialarbeiter anwesend. Psychiater,

Psychologe und Andragoge - vom Schichtdienst entbunden - fungieren als Leitungsgremium mit Richtlinienkompetenz, Interventionen und Anordnungen supervidierend.

4. Zugangswege

Neben der Aufnahme von Patienten bietet das KC ambulante Interventionen, die sogenannten "Voor-Deur-Gesprekken" und einen 24^h-Telefondienst.²⁴⁾

Klienten können sich selbst um ein Gespräch ans KC wenden; Hausärzte und Mitarbeiter medizinischer, psychotherapeutischer oder sozialer Einrichtungen können Klienten nach telefonischer Rücksprache zu einem Gespräch schicken.

1977	1978	1979	1980	1981
521	528	477	449	420

Abb. 2-9 Anzahl der ambulanten Interventionen

Die fallende Tendenz, die sich in Abb. 2-9 zeigt, ist möglicherweise bedingt durch den Ausbau von Erste-Linie- und RIAGG (Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg)-Einrichtungen, die besonders auf Früherkennung und -intervention psychosozialer Krisen abzielen.

Während die Zugangswege bei ambulanten Interventionen offen- vielfältig sind, erfolgen Aufnahmen ausschließlich über 2 Kanäle: Zum einen - wie im Haag - durch den diensthabenden Psychiater der Abteilung Geestelijke (seelische) Hygiene (GH) des kommunalen Gesundheitsdienstes, zum anderen via Eerste Hulp (EH) des benachbarten W. Gasthuis.²⁵⁾

1977	698	336	362	-
1978	727	371	356	-
1979	672	326	346	76,5 %
1980	692	340	352	71,2 %
1981	667	311	356	65,9 %
	Aufnahmen insgesamt	via EH	via GH	gemittelte Bettenaus- lastung

Abb. 2-10 Aufnahmezahlen

Aufnahmen (%)	während der Arbeitszeit	außerhalb d. Arbeitszeit	Wochenende Fr 18 ^h - Mo 7 ^h
1979	33	67	32
1980	35	65	30

Abb. 2-11 Aufnahmezeiten

Wie Abb. 2-11 zeigt, fanden rund zwei Drittel der Aufnahmen außerhalb der üblichen werktäglichen Arbeitszeit statt. Abb. 2-12 gibt den Anteil der EH-vermittelten Patienten in Relation zur Gesamtzahl des EH-Klientels wieder.

	Pat EH insgesamt	davon in KC aufgenommen	(%)
1977	1803	336	18,6
1978	1942	371	19,1
1979	1773	326	18,4
1980	1591	340	21,4
1981	1559	311	20,0

Abb. 2-12 Patientenzahlen Erste Hulp

5. Klienten

Die Zielpopulation des KC lässt sich in 3 Gruppen aufteilen:

- Kriseninterventionspatienten i. e. S.: akute psychische Krise mit überwiegend psychosozialer Problematik
- Observationspatienten: psychiatrische Notfälle, Exacerbationen, Erstpsychosen
- Übergangspatienten ("stallingen"),²⁶⁾ für maximal 24^h: Unterbringung, wenn in der vorgesehenen psychiatrischen Einrichtung momentan kein Bett frei, eine sofortige Einweisung gleichwohl unumgänglich ist.

Alkohol- und Drogensüchtige werden nicht aufgenommen, da es in Amsterdam eine ganze Reihe auf dieses Klienten spezialisierter Einrichtungen gibt.

Um eine Stigmatisierung der Patienten durch ein psychiatrisches "labeling" zu vermeiden, werden seit Gründung des KC alle Patienten unter den Begriff "Akutes Krisensyndrom" subsumiert. 40 % der Patienten hatten gerade einen Suizidversuch hinter sich. Von den Patienten der ersten neun Monate 1982 hatten 162 vorherigen Kontakt mit ambulanten Einrichtungen, 215 noch keinen.

Über Alter und Geschlecht der Patienten informieren Abb. 2-13 und 2-14.

Alter (%)	0 - 14	15 - 44	45 - 64	ab 65
1978	3,4	76,4	16,1	4,2
1979	1,6	78,0	14,5	5,8
1980	2,6	77,0	15,8	4,6

Abb. 2-13 Alter der Klienten

Geschlecht (%)	männlich	weiblich
1978	43	57
1979	46	54
1980	39	61
1981	42	58

Abb. 2-14 Geschlecht der Patienten

Bemerkenswert ist der Wandel der Zielpopulation seit Bestehen des KC. Ursprünglich gegründet für die rasche Intervention bei CAPLANS klassischen Krisenfällen, nimmt dieses Klientel mittlerweile rapide ab; oft erweist sich eine ambulante Intervention als ausreichend. Das Schwergewicht der Arbeit liegt inzwischen in der Hospitalisierungsprävention prononciert psychiatrischer Akutpatienten.

6. Intervention

Ambulante Gespräche, durchschnittlich eine halbe bis eine Stunde von Dauer, werden abwechselnd von einem freien Mitarbeiter der Schicht übernommen.

Bei aufgenommenen Patienten gibt der einweisende Psychiater zuvor telefonisch Befindlichkeit, Diagnose und Medikation durch und stellt dem KC einen spezifischen Fragen- und Aufgabenkomplex (z. B.: Kann bei dieser Erstpsychose durch (pharmakologische) Intervention eine psychiatrische Aufnahme vermieden werden, kann jene dekompenzierte Charakterneurose soweit stabilisiert werden, daß eine ambulante Nachsorge ausreicht? usw.). Der Patient wird bei seiner Ankunft von einem freien Mitglied der Triade untersucht. Die Anweisungen des externen Psychiaters werden bis zum nächsten Mittagsrapport befolgt; gleichzeitig wird versucht, bis dahin alle anamnestisch relevanten Fakten und Daten zusammenzubringen.

Da sich das KC weniger als umfassende "assessment unit" denn als selektiv-problemlösungsorientierte Interventionsinstanz

verstanden, werden psychiatrische Durchdiagnostizierung und ausführliche somatische Befunderhebung nur dann durchgeführt, wenn die ursprüngliche Fragestellung revidiert werden muß.

Beim Mittagsrapport, der täglichen großen Teambesprechung zwischen 12^h und 14^h, wird über das weitere Vorgehen in gemeinschaftlicher Diskussion entschieden. Aus Kompetenz erwachsene Autorität hat die traditionellen Rollenhierarchien ersetzt.²⁷⁾

Aufnahme und Therapierichtlinien werden als Teamentscheidung getroffen. In Fragen psychiatrischer Diagnostik, der Applikation von Psychopharmaka und der Anwendung von Zwangsmaßnahmen, i. e. Sedierung, Fixierung ans Bett, hat der Psychiater definitiv das letzte Wort. Um die durch den Schichtwechsel gefährdete Kontinuität der Betreuung zu sichern, sind die Beschlüsse der Mittagsbesprechung für alle weiteren Betreuer²⁸⁾ des Patienten bindend.

Patienten werden zunächst im medizinischen Stockwerk untergebracht und dort beobachtet, bevor sie gegebenenfalls in den zweiten Stock kommen.

Entsprechend den beiden wesentlichen Patientengruppen (Krisenreaktionen - psychotische Patienten) lassen sich zwei generelle Therapieschemata beschreiben. Für Patienten mit psychosozial bedingten Krisenreaktionen wird eine Aufenthaltsdauer²⁹⁾ von 3 Tagen als adäquat betrachtet:

- 1. Tag: Ausruhen, emotionelle Zuwendung
- 2. Tag: Diskussion/Verdeutlichung der Emotionen, Rückblick auf ältere interferierende Affekte
- 3. Tag: Ins-Auge-Fassen der nächsten Aktivitäten und der Aussichten für die nähere Zukunft

Bei psychotischen Patienten erfolgt in den ersten 3 Tagen zunächst eine psychopharmakologische Intervention, in den folgenden 3 bis 4 Tagen wird der Patient dahingehend beobachtet, ob er soweit gebessert ist, daß eine ambulante Weiterbetreuung aussichtsreich erscheint.

Die durchschnittliche Liegezeit beträgt etwa 4 Tage.

Verweildauer (d)	EH	GH (ohne Über- gangspat.)	Ügangspat.	Mittel
1979	4,5	3,4	2,6	4,2
1980	4,1	4,0	1,8	3,8
1981	4,2	3,6	1,5	3,6

Abb. 2-15 Liegezeiten (EH Krankenhaus, GH Stadt)

Die therapeutische Technik stellt eine Mischung aus "here and now" und psychodynamischer Fokussierung dar, hauptsächlich in Einzelgesprächen. Gruppentherapie findet nicht statt; informell-unstrukturierte Kontakte zu Mitpatienten werden im allgemeinen als hilfreich angesehen. Freilich kommt es zwischen den Patienten gelegentlich auch zu Unruhen, notfalls wird die Polizei geholt. Die Sozialarbeiter sind eher als Familientherapeuten (Einbeziehung des familiär/sozialen Umfeldes) denn als finanziell-administrative Berater tätig.

Seit Bestehen des KC (1972) haben sich 2 Patienten dort suizidiert.

Die Entlassungsmodi zeigt Abb. 2-16, aufgeteilt nach Patienten mit und ohne frühere (sozial-)psychiatrische Behandlung.

Entlassung in	Patienten (%)	
	vorbeh.	nicht vor- behandelt
Wohnung/Familie	36 ^a	
ambul. psychiatr. Einrichtung	19	56
psychiatr. Krankenhaus	30	24
psychiatrisches Wohnheim (Hostel)	10	6
nicht-psychiatr. Nachsorge	2,5	3,8
Alkohol/Drogen-Einrichtungen	2,5	1,8
übrige	-	8,4

Abb. 2-16 Entlassungsmodi ^a11 % mit einmaligem Nachtermin, zu dem 60 % kommen, 25 % ohne weitere Termine

	Wiederaufnahmen (%)			Anteil der in psychiatr.
	EH	GH	insges.	KH Entlassenen in %
1977	15,4	21,0	17,6	30,0
1978	20,5	19,4	20,0	34,0
1979	18,8	17,8	18,3	35,8
1980	26,8	18,2	22,4	36,8
1981	23,2	22,8	22,9	30,1

Abb. 2-17 Wiederaufnahmeraten

Rund 10 % der Patienten gehen gegen ärztlichen Rat. Eine regulär-formale Nachsorge im KC findet nicht statt. Die Zusammenarbeit mit externen Nachsorgeinstitutionen gilt als gut; es erfolgt ein feed-back.

Über Erfolg bzw. Mißerfolg der Intervention evaluativ fundiert zu urteilen, scheint, gerade bei solchen, nur kurz eingreifenden Zentren, schier unmöglich, daher nur zwei gesprächsweise vermittelte Anmerkungen. Bei einem guten Drittel der Patienten habe man hinterher das Gefühl, man hätte noch mehr tun können. Bei dekompensierten Charakterneurosen erweise sich die Aufenthaltszeit meist als zu kurz, 2 Wochen schienen hier die angemessene Zeitspanne zur Restabilisierung zu sein.

7. Teamzufriedenheit

Der Enthusiasmus der Gründungszeit scheint noch nicht verflogen zu sein, gefiltert allerdings durch eine realistischere Einschätzung der eigenen Möglichkeiten. Von gelegentlichen Durchhängern abgesehen finden sich keine Anzeichen eines "burn-out"-Syndroms. Viele Schwestern von 1972 sind noch dabei. Gerade, weil die Kontakte zu den Patienten so kurz seien, entwickelten sich im Team ein besonderes Zusammengehörigkeitsgefühl.

8. Fortbildung

Es werden angeboten

- Weiterbildung in Technik der Krisenintervention
- Video
- Rollenspiel
- Training in Familientherapie
- Fallbesprechungen (1 x/Woche)
- Intervision (BALINT) statt Supervision

9. Forschung/Evaluierung

Die Crisis Research Unit von Prof. de SMIT ist geschlossen. Das KC ist nicht Teil der psychiatrischen Forschung und Lehre der Universität. Dr. SMEETS hält ab und an Vorträge aus seinem Arbeitsgebiet. Momentan wird im KC untersucht, inwieweit Einweisungsdiagnose und -fragestellung den Behandlungserfolg beeinflussen.

10. Finanzierung/Kosten

Wie schon zu Anfang erwähnt wird bzw. wurde das KC von der Stadt und dem Bezirkskrankenhaus Santpoort mischfinanziert.³⁰⁾ Die Kosten für ein besetztes Bett betrugen 1983 pro Tag 575.- Gulden (1 Gulden = 0,90 DM). Das Defizit bewegte sich 1981 bei 450.000 Gulden; inzwischen geht es über 225.000 G gegen Null. Der Grund: Bisher war die Stadt für das Defizit aufgekommen. Santpoort, der zukünftige alleinige Träger wollte einen derartig defizitären Betrieb nicht übernehmen und verordnete Einsparungen auf dem Personal³¹⁾- und Haushaltssektor, obgleich die Patientenzahlen so hoch wie nie lagen.

11. Stellenwert im Versorgungssystem - Ausblick

Die Universitätsklinik W. Gasthuis soll in Kürze ganz ins neue Academisch Medisch Centrum an den Stadtrand umziehen. Ob das

alte Gebäude dann als städtische Klinik weitergenutzt, oder der Krankenhausbetrieb ganz eingestellt wird, ist noch offen.

Die Übernahme des KC durch Santpoort soll sich auf den administrativ-finanziellen Bereich beschränken, die Eigenständigkeit und Unabhängigkeit im therapeutischen Handeln nicht tangiert werden.

Für die zukünftige Stellung des KC im Amsterdamer Versorgungssystem zeichnen sich drei Möglichkeiten ab:

- das KC als gemeindenaher "Satellit" eines entfernten, schwerfällig-großen Bezirkskrankenhauses
- das KC als Zentrum kommunaler Akutpsychiatrie durch Integration des mobilen (out-reaching) städtischen Psychiaterdienstes ins KC
- das KC als fester Bestandteil in der institutionellen Ausstattung jedes RIAGG (In Amsterdam 5)

CRISISINTERVENTIECENTRUM im PSYCHIATRISCH CENTRUM, DEN HAAG

1. Rahmen

Im August 1971 nahm die Den Haager Vereinigung Dr. Schroeder van der Kolk³²⁾ das "Psychiatrisch Centrum" in der Tasmanstraat in Betrieb. Die Einrichtung umfaßt ein Crisis-Interventie-Centrum (CIC) mit 10 Betten, ein Hostel (residential accommodation) für 30 Patienten und zwei Tageskliniken für insgesamt 56 Patienten. Sie ist zentrumsnah im Schnittpunkt der 3 Den Haager RIAGGs³³⁾ in einem großzügigen, sich in nichts von den angrenzenden Fronten benachbarter Wohnhäuser unterscheidenden Eckhaus, einer ehemaligen Augenklinik, untergebracht. Neben der zentralen Lage war die hohe Suizidrate dieses Stadtbezirks ein entscheidender Faktor in der Standortwahl.

Zielstellung des rund um die Uhr aufnahmebereiten "Psychiatrisch Centrum" ist die Verhinderung einer psychiatrischen Hospitalisierung und der damit verbundenen Stigmatisierung. Die Erstaufnahmeprävention wird auf drei Wegen angestrebt: Tagesklinik, ambulante Abendgruppen und - stationär - das CIC; der

Wiederaufnahmeprevention dienen das CIC und das Hostel, letzteres vornehmlich als Übergangs- und Resozialisierungsinstanz entlassener psychiatrischer Langzeitpatienten.

2. Struktur

2.1. Räumlichkeiten

Das CIC befindet sich im südlichen Flügel des Erdgeschosses. Bis auf ein Doppelzimmer sind die Patienten in weißgetünchten, klinisch-nüchternen Einzelzimmern mit Dusche und WC untergebracht, davon 2 abschließbare Isolierzimmer mit bruchsickelem Fensterglas und minimaler Einrichtung. Neben den Isolierzimmern können 3 weitere Zimmer und der Gang mit Videokameras überwacht werden. Die meisten Räume haben über eine Verandatür Zugang zu einem kleinen idyllischen Gärtchen. Die restlichen Räume teilen sich auf in ein Personal-, ein Aufenthalts-, ein allgemeinärztliches Untersuchungs- und zwei Gesprächszimmer.

2.2. Personal

Das Personal umfaßt

- 2 Psychiater (einer für 30^h, ein Assistent für 40^h)
- 1 konsultierender Allgemeinarzt (1^h/Werktag)
- 4 Schwestern
- 1 Psychologe (20^h/Woche)
- 1 Sozialarbeiter

In der Nachtschicht (22 - 7^h) arbeiten 2 Kräfte; der diensthabende kommunale Psychiater (s. u.) ist in Rufbereitschaft.

3. Aufnahmekriterien

Die Aufnahmekriterien lassen sich in drei Gruppen aufteilen:

- Akute Krisensituationen ("adjustment disorder" bei familiären Schwierigkeiten, Verlust einer Bezugsperson etc.), reaktive Depressionen und Selbstmordversuche

- Akute psychiatrische Krankheitsbilder, deren Behandelbarkeit innerhalb einer Woche als aussichtsreich erscheint (Alkohol- und Drogenintoxikationen, Dämmerzustände und akute Psychosen)
- Unterbringung von Patienten, für die im Augenblick sonst nirgends ein Bett zu finden ist.

Schwer destruktives Verhalten stellt eine wesentliche Kontraindikation für die Aufnahme ins CIC dar.

4. Einweisungsmodus

Die Einweisung erfolgt ausschließlich über den diensthabenden Psychiater (24^h-Bereitschaft) der Abteilung Geestelijke Volksgezondheid des kommunalen Gesundheitsdienstes, die jeder Arzt oder Sozialarbeiter kontaktieren kann. Der städtische Psychiater entscheidet nach Beurteilung der Situation, gegebenenfalls auch in der Wohnung des Patienten oder auf der Intensivstation eines Krankenhauses, über das weitere Vorgehen und meldet den Patienten, so nötig, im CIC an. Im Gegensatz zu anderen, eher im Stil von "walk-in clinics" geführten Krisenzentren mit niedriger Eingangsschwelle versteht sich das CIC als "Medisch Crisis-Interventiecentrum".

Die strikte Beschränkung auf den rein ärztlichen Zugangsweg ist Teil dieser Konzeption.

5. Patienten

Die Bettenauslastung des CIC bewegt sich zwischen 30 - 40 % und 100 % (v. a. im Winter); der Durchschnitt beträgt 80 %. 231 männlichen standen 296 weibliche Patienten gegenüber (1981). Die Patienten sollen eher aus den unteren sozialen Schichten kommen. In diagnostischer Hinsicht teilen sich die Patienten auf in

- dekomensierte Charakterneurosen	50 %
- erster Ausbruch einer Psychose	30 %
- Alkohol-, Drogenabusu	15 %

- restliche 5 %
(z. B. psychogeriatrische, paranoide
Pat., für die momentan kein Bett zu
finden ist)

6. Intervention

Die Liegezeit beträgt maximal eine Woche. Diese 7 Tage stellen ein definitives Limit³⁴⁾ dar, dessen rigide Handhabung sich aus dem Selbstverständnis des CIC erklärt. Das CIC ist keine therapeutische Instanz, läßt sich vielmehr als "assessment unit" beschreiben, dessen Aufgabe es ist, die jeweilige Problemlage des Patienten zu erkennen (Problemanalyse), eine geeignete Therapieform zu finden (Indikationsstellung) und den Patienten auf die nach dem Aufenthalt im CIC beginnende Therapie vorzubereiten und einzustimmen (Motivierung). Bei Alkoholikern und Drogensüchtigen, deren Aufnahme vom CIC i. Ggs. zu anderen Krisenzentren (z. B. Amsterdam s. o.) nicht generell abgelehnt wird, erweist sich eine Motivierung für eine Entziehungskur innerhalb einer Woche als äußerst schwierig (Vgl. auch De Ark, Gent).

Zum Verständnis des CIC als "assessment unit" gehört auch die regelmäßige körperliche Aufnahmeuntersuchung durch einen konsultierenden niedergelassenen Allgemeinarzt, der an Werktagen für etwa eine Stunde ins CIC kommt und auch die somatische Betreuung von Diabetikern, Hochdruckpatienten etc. übernimmt.

Von Seiten des sozialpsychiatrischen Teams erfährt der Patient mindest. zwei Stunden Zuwendung täglich. Nach Möglichkeit wird die Einbeziehung des familiären und sozialen Umfelds angestrebt. Das Pflegepersonal, voll ausgebildete Krankenschwestern, bemüht sich, den Patienten ebenso emotionellen Beistand wie klärende Problemdiskussionen zu vermitteln. Etwa die Hälfte der Patienten erhält Psychopharmaka. Obgleich als offene Station geführt (gelegentlich werden Patienten auch verwahrt), müssen die Patienten vor Ausgängen erst um Erlaubnis nachfragen, bevor sie die Station verlassen. Besuchszeiten sind fest fixiert und relativ kurz.

7. Entlassung

Das Verständnis des CIC als "assessment unit" impliziert, daß die Patienten das CIC nicht einfach als "geheilt" verlassen. Immerhin können rund 60 % der Patienten, meist mit begleitender ambulanter Nachsorge, nach Hause entlassen werden; 30 - 40 % müssen in ein psychiatrisches Krankenhaus weiterverwiesen werden. Eine enge Zusammenarbeit mit den eigenen Einrichtungen im Haus ist eher selten.

8. Kosten

1983 betrugen die Kosten pro Patient, Bett und Tag rund 500 Gulden (1 Gulden = 0,90 DM).

9. Teamzufriedenheit

Trotz des außerordentlich hohen turn-over an Patienten und der schwellenbedingten Selektion gerade der schwersten Krisen ist das Personal in den Jahren ziemlich konstant geblieben, ein "burn-out"-Syndrom (FREUDENBERGER 1974) läßt sich schwerlich bemerken. Der rasche Patientenwechsel wird zwar als belastend empfunden, andererseits wird jeder Patient als Herausforderung erlebt, auf den sich neu einzustellen ein Abgleiten der Arbeit in Routine verhindert und zum belebend-motivierenden Stimulus der eigenen Tätigkeit wird.

Der multidisziplinäre Ansatz bereitet keine grundsätzlichen Schwierigkeiten. Die Endverantwortlichkeit liegt beim Psychiater, der freilich entsprechend der Indikation Aufgaben und (Teil-)Verantwortungen an die Mitarbeiter verteilt.

10. Forschungsvorhaben

Die drop-out Rate bei Weitervermittlungen soll einer genaueren Untersuchung unterzogen werden. Insgesamt scheint sie relativ gering zu sein. Durch die ausgezeichnete Kooperation mit externen Einrichtungen erhält das CIC regelmäßig ein feed-back, wenn

ein angemeldeter Klient ausbleibt. Weiterhin ist für die Patienten der Tagesklinik eine katamnestische Nachuntersuchung geplant (1 year follow-up).

11. Zukunft

Prinzipiell sollen Struktur und Arbeitsweise des CIC beibehalten werden. Als wünschenswert erscheint es, wenn der diensthabende Psychiater der Stadt im CIC "stationiert" würde; als ideal würde seine Eingliederung in das dann entsprechend zu vergrößernde stationäre Team des CIC angesehen.

2.2.2. Psychosozial orientierte Krisenzentren

CRISIS INTERVENTIE CENTRUM
ZUID-KENNEMERLAND

HAARLEM

1. Vorbemerkung

In dem mittelalterlich-verschachtelten Gebäudekomplex am Schotersingel verdichtet sich ein halbes Jahrtausend des Umgangs mit psychisch kranken Menschen zum ziegelroten Symbol. Dem 16. Jahrhundert als Tollhaus und später als Leprosenasyl (jenseits der alten Stadtumfriedung!) dienend, beherbergt der äußerlich unveränderte, an einem parkähnlich erweiterten Flußlauf beschaulich gelegene Bau seit 1978 das Crisis Interventie Centrum Zuid-Kennemerland (CIC).

Die innenarchitektonische Ausgestaltung wurde zur Antithese der äußeren Kontinuität verwinkelter Unüberschaubarkeit: Sachliche Eleganz als Souveränität des Funktionalen und klare Linienführung in durchsichtig-weiter Offenheit stehen zugleich für ein Interventionsprogramm.

2. Vorgeschichte

Angesichts einer Versorgungssituation, die im Falle einer dringlichen Akutaufnahme jenseits der werktäglichen Arbeitszeit, auf die sich auch die Tätigkeit ambulanter Einrichtungen beschränkte, keine Alternative ließ zu einer Einweisung in das entfernte, für rasche Intervention nach Personal und Arbeitsweise denkbar ungeeignete psychiatrische Bezirkskrankenhaus Vogelenzang, brachten Hausärzte und Polizei als von der Versorgungslücke am meisten Betroffene bei der Gemeinde 1972 konstituierende Gespräche zur Gründung eines 24 Stunden offenen, direkt zugänglichen Interventionszentrum in Gang.

Daß sich die Eröffnung dann noch 6 Jahre hinauszögerte, lag sowohl an Finanzierungsschwierigkeiten als an ideologischen Differenzen, letztere vornehmlich bedingt durch das Insistieren der Ärzte auf einem medizinisch arbeitenden, psychiatrisch-fachlich betreuten Krisenzentrum. Man einigte sich schließlich darauf, daß die drei Psychiater des mobilen sozialpsychiatrischen Dienstes der Stadt, über Funk in Rufbereitschaft, auf Anfrage der (nichtmedizinischen) CIC-Mitarbeiter ins Krisenzentrum kommen.

In der Planungsphase dienten die Krisenzentren von Tilburg, inzwischen geschlossen, und Maastricht (s. u.)³⁵⁾ als Gründungsvorbilder.

Nach der Eröffnung machte dem CIC, neben weiterbestehenden finanziellen Schwierigkeiten (s. 10.), insbesondere eine lokale Pressekampagne zu schaffen, die das CIC als zu teuer und luxuriös am liebsten gleich wieder hätte schließen lassen.

3. Struktur

3.1. Räumlichkeiten

Um einen anmutigen kleinen Garten gruppieren sich U-förmig die Räume des CIC. Unter der lichten Holzdecke der ehemaligen Jakobuskapelle befindet sich der großzügige, von mehreren Sitzgruppen unterteilte Aufenthaltsraum, angrenzend Sekretariat

und kleine Küche.³⁶⁾ Südlich schließt sich eine verglaste, wintergartenähnliche Veranda an. Am Eingang der reception desk mit Telefonzentrale; eine Treppe führt zu drei weiteren Räumen im ersten Stock. Über das Verbindungsstück der beiden U-Ausläufer, in dem ein Personal- und ein großes Gesprächszimmer liegen, erreicht man den Übernachtungstrakt mit den Schlafzimmern (6 Einzelzimmer, 2 Doppelzimmer), Toiletten und Duschen. Die Schlafräume lassen an Hotelzimmer denken, freundlich-funktional die Einrichtung. Die meisten Fenster, großflächig verglast, gehen in den Garten hinaus.

3.2. Personal

Das Personal umfaßt

- 1 Direktor (seit 1981 Theologe und Jurist)
- 1 Sekretärin
- 9 hulpverleners (sozialpsychiatrische Pfleger, Sozialarbeiter, Psychologen)
- 25 Freiwillige (je 1 - 2 zugleich anwesend, für 5 - 10h/Woche, Studenten, Arbeitslose u. a. verschiedenen Alters in raschem Wechsel)

1982 fand nur ein Personalwechsel statt, seit der Gründung sind es insgesamt erst vier. Auf eine freie Stelle kommen 40 - 60 Bewerbungen.

Einer der Mitarbeiter fungiert jeweils als interner Koordinator.

Gearbeitet wird in einem Block von 52 Stunden, die Schichten alternieren von 9 - 21 bzw. 9 - 17 Uhr. Nachts (21 - 9 Uhr) ist ein Mitarbeiter anwesend, ein Freiwilliger schläft im Haus.

Das ganze Team kommt einmal im Monat zusammen, die Diensttuenden treffen sich zwischen 9 - 10 Uhr zur täglichen Besprechung.

4. Arbeitsumfang und Zugangswege

Neben der primären Funktion als Interventionsinstanz dient das CIC auch als Auskunfts- und Beratungsstelle (telefonische Ver-

mittlung von Adressen spezieller Einrichtungen, rechtliche Beratung, z. B. von "run-aways", etc.). 15 - 20 derartige Anfragen erreichen das CIC in 24 Stunden (1980).

Zum Telefondienst des CIC sei noch angemerkt, daß Haarlem ein eigenes SOS-Telefon hat, das jedoch eher anonymes Aussprechen ermöglichen soll, während das CIC nach Namen fragt und versucht, aktiv auf den Klienten einzuwirken, ihm Einsicht in seine Probleme zu vermitteln.

Den Umfang ambulanter und residentieller Intervention, unterteilt nach Geschlecht, zeigt Abb. 2-18.

		amb. Klienten			aufgen. Klienten			total
1980	n	258	308	566	146	201	347	913
	%	45,6	54,4	62,0	42,1	57,9	38,0	100,0
1981	n	267	339	606	141	229	370	976
	%	44,1	55,9	62,0	38,1	61,9	38,0	100,0

Abb. 2-18 Patientenzahlen

Einweisung durch	%
Eigene Initiative	38,5
Polizei	16,6
Hausarzt	9,8
soz.-psychiatr. Dienst	6,6
Hospital	4,5
Wohlfahrtseinrichtungen	5,0
übrige	19,0

Abb. 2-19 Zugangswege (1981)

Die einweisenden Instanzen zeigt Abb. 2-19. Gegenüber Hausärzten und Polizei besteht keine Aufnahmeverpflichtung.

Aus Abb. 2-20 wird ersichtlich, daß mehr als zwei Drittel der Aufnahmen außerhalb der regulären werktäglichen Arbeitszeit stattfinden.

Aufnahmen	während der Arbeitszeit	außerhalb der Arbeitszeit	unbekannt
1980	20,2 %	72,4 %	7,4 %
1981	27,7 %	68,8 %	3,5 %

Abb. 2-20 Aufnahmezeiten (1981)

5. Klienten

Über Alter, Familienstand und Wohnsituation der aufgenommenen Klienten informieren Abb. 2-21 bis 2-23.

Alter	n	%		%
- 21	175	28,9		
21 - 30	159	26,2		
31 - 40	122	20,1	eigene Familie	30,5
41 - 50	77	12,7	elterl. Familie	22,6
51 - 60	36	4,3	allein	21,6
61 -	20	3,3	Wohngemeinschaft	10,1
unbekannt	17	2,8	ohne festen Wohnsitz	3,8
		%	Pflegeeltern	2,2
unverheiratet		53,0	Kinderheim	3,0
verheiratet		27,4	übrige	6,3
verwitwet		3,0		
geschieden		12,0	Abb. 2-23 Wohnsituation	
unbekannt		4,6	der aufg. Klienten (1981)	

Abb. 2-21, 2-22, Alter und Familienstand
der aufg. Klienten (1981)

Anlaß der Aufnahme (%)	1980	1981
Selbstmordversuch	3,1	4,4
Selbstmorddrohung	14,6	10,2
aggressiv/agitierter Zustand	10,4	
depressiv	23,3	66,7
Unruhe/Angst	15,1	
Bizarres Verhalten/ Landstreicherei	6,8	7,1
Alkohol	12,1	6,4
Drogen	1,4	1,1
übrige	13,2	4,1

Abb. 2-24 Anlaß der Aufnahme

6. Intervention

Der reception desk, meist mit einem Freiwilligen besetzt, ist keine Filter- oder Erstinterviewerinstanz, fungiert lediglich als organisatorische Schaltzentrale.

Wie in Maastricht führt jeweils ein Mitglied des Teams alle "intake"-Gespräche eines Tages; bei täglichem Wechsel dieser Funktion bleibt dem Klienten der Betreuer, mit dem er den ersten Kontakt hatte, als Bezugsperson erhalten. Das Erstinterview dauert etwa eine Stunde. Die Aufnahmekriterien sind variabel gehalten, Alkohol- und Drogensüchtige werden ebenso wie Menschen, die bloß nach einer Übernachtungsmöglichkeit suchen, abgewiesen. Generell ist man in der Aufnahmepolitik zurückhaltend. Wenn ambulante Hilfe allein aussichtsreich erscheine, sei die Herausnahme des Klienten aus seiner mit in die Krise verwickelten Umgebung eher von Nachteil, weil die Chance, die in der Dynamik der Krise als Movens der nötigen Umstrukturierung liege, dann ungenutzt verstreiche und die krisogene Konstellation geradezu zementiert werde.

Als Ziel der Intervention wird angegeben, die Balance des Klienten wiederherzustellen. Das Hauptgewicht liegt auf dem "here- and -now", psychodynamische Aspekte treten mehr in den

Hintergrund. Gemeinsam mit dem Klienten wird meist schon im Erstgespräch ein pragmatisches Therapieziel aufgestellt. 2 - 3 Stunden Einzelgespräche am Tag entfallen auf jeden Klienten. Keine Gruppentherapie. Die Mitarbeiter besprechen ihre therapeutischen Aktivitäten in der täglichen Morgenkonferenz, die Entscheidung liegt letztlich aber beim jeweiligen "hulpverlener".

7. Liegezeit

Die maximale Aufnahmezeit beträgt etwa eine Woche, der Durchschnitt liegt bei 3 - 4 Tagen.

Vergleicht man die Zahlen von 1980 und 1981, so fällt auf, daß trotz der Zunahme der aufgenommenen Klienten von 566 auf 606 die Gesamtübernachtungstage von 2 525 auf 2 358 fielen, somit die mittlere Aufenthaltsdauer von 4,5 auf 3,9 Tage sank.

Mögliche Erklärung: 1981 wurden mehr Klienten mit ausgesprochen psychiatrischen Zustandsbildern aufgenommen. So wichtig und richtig es den Mitarbeitern auch scheint, gerade dieses Klientel in einer so wenig wie möglich psychiatrischen Umgebung aufzufangen, so würde doch die Arbeit mit anderen Klienten negativ beeinflusst. Durch die psychiatrische Symptomatik ihrer Mitbewohner beunruhigt, verließen sie das CIC vorzeitig.

8. Entlassung/Nachbetreuung

Über die Entlassungsweisen gibt Abb. 2-25 Aufschluß. 1981 erhielten 27,1 % der aufgenommenen Klienten keine Nachbetreuung, 12,1 % wurden vom sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt weiterbetreut, 10,4 % vom CIC. In seltenen Fällen, bei längerfristiger Problematik, dient das CIC für 1 - 2 Wochen als Nachtklinik (5 %). 7,1 % der Klienten wurden hospitalisiert, der Rest verteilt sich auf diverse Einrichtungen bzw. ist unbekannt.

Entlassung nach	%
Hause	42,5
Familie/Bekannte	14,6
Hotel/Pension	4,8
Gastfamilie	2,8
Opvangcentrum	11,7
Hospital	7,1
übrige	4,6
unbekannt	11,9

Abb. 2-25 Entlassungswege (1981)

Klienten, die gegen den Rat der Mitarbeiter das CIC verlassen, sind die Ausnahme. Die Ausfallquote in der eigenen Nachbetreuung soll gering sein.

9. Teamzufriedenheit

Schon der geringe Personalwechsel läßt auf ein gut eingespieltes, innerlich ausgeglichenes Team schließen. Die eigene Tätigkeit wird als sinnvoll empfunden, weil schnell etwas getan werden kann, rasche Abhilfe im Bereich der eigenen Möglichkeiten zu liegen scheint. Eine gewisse Teilung der Verantwortung in der täglichen Teambesprechung wird als entlastend empfunden.

10. Finanzierung/Kosten

Bis einschließlich 1982 wurde das CIC - ohne Beteiligung von Krankenkassen und Gesundheitsministerium - nach dem Allgemeinen Beistandsgesetz, einer kommunalen Sozialunterstützung, finanziert.

In der Anfangszeit erwies sich die Kostenerstattung auf Gemeindeebene insofern als problematisch, als Klienten aus anderen Bezirken als Haarlem von ihrer Verwaltung die Rechnung umgehend

zur Selbstbezahlung zugestellt bekamen. Eine zunächst angenommene Belegungsquote von 80 % führte bei einer tatsächlichen Auslastung von nur 60 - 65 % zu einem Defizit, das noch durch die abnehmenden Liegezeiten und den Anstieg ambulanter Aufgaben verschärft wurde, denn entgolten werden lediglich die Aufnahmen.

Erst 1982 wurde die Quote der Realität angepaßt; das ergab einen Tagespreis von 411.- Gulden für ein besetztes Bett. Nach einer einjährigen Übergangsfinanzierung (1983) soll das CIC finanziell an das psychiatrische Bezirkskrankenhaus Vogelenzang angeschlossen werden.

11. Stellung im Versorgungssystem - Ausblick

Da sich das CIC trotz seiner Betten immer mehr dem ambulanten denn dem stationären Versorgungssektor zugehörig fühlte, bemühte man sich, bei der RIAGG-Etablierung als ergänzender Teil in das Instrumentarium dieser sozialpsychiatrischen Sektoren integriert zu werden. Die RIAGG-Einrichtungen sind freilich vornehmlich in der sogenannten "Zweiten Linie", also erst nach Verweisung, tätig, während sich das CIC mit seiner niedrigen Eingangsschwelle und der direkten Zugänglichkeit in der "Ersten Linie" sieht. Bei dieser grundsätzlichen Unterschiedenheit hätte das CIC im RIAGG-Verband als Hauptfunktion die Organisation und Gewährleistung einer "7x24 uurs bereikbaarheid" übernehmen können.

Inzwischen gehen die Planungen jedoch dahin, das CIC - wie die anderen (residentiellen) Krisenzentren in den Niederlanden auch - an das zugehörige psychiatrische Bezirkskrankenhaus, in diesem Fall Vogelenzang, anzugliedern. Ob das CIC dann weiterarbeiten wird wie bisher, oder ob es unter neuer, psychiatrischer Leitung eine Umorientierung in Richtung Akutpsychiatrie erfahren wird, ist noch offen; insgesamt scheint allerdings letzteres wahrscheinlicher.

1. Rahmen

Wenige Schritte entfernt vom Vrijthof, einem großzügigen, beinahe mediterran anmutenden Platz im Zentrum Maastrichts, reiht sich das Krisis Opvang Centrum (KOC) unauffällig in die altstädtische Häuserzeile der Kapoenstraat. Dezenete Schriftzeichen auf der Eingangstür verraten die Bestimmung des Hauses; insofern bemerkenswert, als - mit Ausnahme Haarlems - nicht-ambulante Krisenzentren im allgemeinen bestrebt sind, jeden äußeren Hinweis auf ihre Identität zu vermeiden, oft bis zum Fehlen eines Türschildes. Das KOC, eine psychosozial orientierte, "psychiaterfrei" arbeitende Einrichtung, die, neben ambulanter Intervention, Klienten bis zu 7 Tagen aufnehmen kann, entstand aus dem Bemühen, eine 24^h-offene Anlaufstelle für Klienten in sozialen und/oder psychischen Krisen zu schaffen, die keiner ärztlich-psychiatrischen Akutbehandlung bedürfen.

Nachdem der Abschlußbericht einer zur Behebung dieses Versorgungsdefizits eingesetzten Kommission verschiedener Maastrichter Institutionen letztlich ohne konkrete Ergebnisse blieb, ging die Initiative zur Gründung des KOC Mitte der 70er Jahre von kirchlich-privater Seite aus. Das KOC wurde als "Stichting", als Stiftung geführt, finanziert durch den sozialen Beistandsfond der Gemeinde, bis 31.12.1982 im Tagesentgelt (364 G), 1983 als Jahresentschädigung (700.000 G). Seit Juni 1980 bildet das KOC einen wesentlichen Bestandteil des 24-uurs Opvangpost (etwa: 24^h-Aufnahmebereitschaft) Maastricht e. o., einer Arbeitsgemeinschaft³⁷⁾ des (regionalen) Psycho-Medisch Centrum Vijverdal, des Krankenhauses St. Annadal, des KOC und des RIAGG Maastricht; die örtliche Hausärztervereinigung, die Universität Limburg und der Gesundheitsdienst des Distrikts sind eng beteiligt.

Das KOC, zunächst von einer eher karitativ-idealistischen Einstellung der Mitarbeiter geprägt, hat sich mittlerweile zu einer professionell-therapeutisch orientierten Einrichtung gewandelt; die Kooperation mit psychiatrischen Institutionen hat zugenommen.

2. Struktur

2.1. Räumlichkeiten

Das Haupthaus beherbergt im Erdgeschoß Sekretariat und Küche, im ersten Stock 1 größeres Männerzimmer, 1 Aufenthaltszimmer und 1 Schlafzimmer für den Mitarbeiter im Nachtdienst, im zweiten Stock 3 Schlafzimmer für Frauen. Die Zimmer sind geräumig, wirken freundlich-hell. Insgesamt stehen 12 Betten zur Verfügung.

Durch ein kleines Gärtchen gelangt man in das Rückgebäude, in dessen lichten Räumen ein Konferenz- und ein Gruppenzimmer untergebracht sind.

2.2. Personal

Das Personal besteht aus 10 professionellen "hulpverleners" (Sozialarbeiter, Psychologen), die im Rahmen der Patientenbetreuung alle die gleichen Aufgaben wahrnehmen und aus 2 half-time Koordinatoren, von denen der eine, sozialwissenschaftlich geschult, für organisatorische, der andere, ein Psychologe, für therapeutische Fragen zuständig ist. Weiter sind beschäftigt 2 Sekretärinnen, 1 Putzfrau und 1 "Gastfrau", die beispielsweise mit den Klienten kocht.

Tagsüber sind 2 - 3 Mitarbeiter tätig, nachts 1 Mitarbeiter und 1 Freiwilliger.

Das Team ist über die Jahre im großen und ganzen einigermaßen konstant geblieben; allerdings wird die Nachtschicht, insbesondere von weiblichen Mitarbeitern, als starke emotionelle Belastung empfunden.

3. Klienten

	1980	1981		1980	1981
			männlich	32 %	45 %
			weiblich	68 %	55 %
			%	1980	1981
ambulante Klienten	785	904	verheiratet	38	31
aufgenom. Klienten	<u>513</u>	<u>560</u>	lediglich	48	49
insgesamt	1298	1464	geschieden	12	15
			verwitwet	2	1
			unbekannt	-	4

Abb. 2-26 Klientenzahl

Abb. 2-27 Geschlecht,
Personenstand

%	1980	1981		1980	1981
0 - 14	-	1	Werktags 8 - 17 ^h	31 %	32 %
15 - 19	25	16	außerhalb dieser		
20 - 29	35	33	Zeit	69 %	68 %
30 - 39	16	23	Wochenende		
40 - 49	15	13	(Fr 17 - Mo 8 ^h)	28 %	34 %
50 - 59	5	8	außerhalb		
60 - 69	3	4	Wochenende	72 %	66 %
70 -	1	2			

Abb. 2-28 Alter

Abb. 2-29 Aufnahmezeit

%	1980	1981
Eigeneinweisung/ Angehörige	26	40
Direkte Umgebung	11	6
Polizei	15	11
Psychiater/ Poliklinik	9	11
(Haus-)Arzt	7	6
Heim/Internat	5	6
JAC	3	4
GGZ	2	2
SOS-Telefon	1	1
Sozialdienst/ Wohlfahrtseinricht.	12	11

%	
Drohender Beziehungsbruch	35
Generationenkonflikt	17
Probleme mit Sorgepflichtigen	11
Alkohol/Drogen	8
Aggressives Verhalten	5
Probleme mit Geld, Arbeit, Wohnung	5
Ohne Unterkunft	5
Suizidversuch/-drohung	4
Bizarres Verhalten	3
Tod eines Nahestehenden	1
anderes	6
	100

Abb. 2-30 Einweisungsweg (%)

Abb. 2-31 Hauptproblematik

JAC: Jeugd (Jugend) Advies Centrum
GGZ: Gemeentelijke
Gezondheids-Zorg

4. Intervention

Es gibt keine genau definierten Aufnahmekriterien, eine Aufnahmeverpflichtung besteht nicht. Das Klientel reicht von denen, die nur ein Bett suchen, über jugendliche "run-aways", Frauen, die von zuhause weggelaufen sind, verwirrte geriatrische Patienten bis zu psychiatrischen Grenzfällen. Alkoholiker und agitierte Personen werden nur unter der Bedingung aufgenommen, daß sie das KOC nicht gegen den Willen ihres Betreuers verlassen.

Der Dienstplan des Teams gewährleistet, daß jeder Klient seinen Erstinterviewer im weiteren Aufenthalt als Bezugsperson behält: Die Mitarbeiter sind in 14-Tages-Schichten (10 Tage Arbeit, 4 Tage frei) tätig. Nach seinen freien Tagen sitzt der jeweilige Mitarbeiter zunächst einen Tag am reception desk und führt alle

Aufnahmegespräche (Dauer etwa 1 1/2 h). In den folgenden Tagen bleibt er der persönliche Betreuer der von ihm aufgenommenen Klienten.

7 Tage sind das Aufnahmemaximum, die Verbleibdauer beträgt im Schnitt 4 Tage (3,94 (1980), 3,54 (1981), 4,5 (1982)).

Das Hauptgewicht der Arbeit liegt auf dem "here-and-now", Einzelgespräche werden bevorzugt. Wie immer wird versucht, das familiäre und soziale Umfeld in das Krisenmanagement mit einzubeziehen.

Täglich finden eine einstündige Gruppensitzung mit den Klienten, an der der therapeutische Koordinator teilnimmt, und eine einstündige Fallbesprechung unter seiner Leitung statt. Einmal in der Woche ist eine Teamkonferenz zu organisatorischen Fragen angesetzt.

Psychiater können untertags vom Krankenhaus (bei psychiatrischer Symptomatik, zum Rezeptieren), nachts vom zentralen Gesundheitsdienst geholt werden.

1981 wurden 22 % der aufgenommenen Klienten in ein Heim, 15 % an den kommunalen Gesundheitsdienst (GGZ) und 10 % an Psychiater/Poliklinik weiterverwiesen; 5 % wurden psychiatrisch aufgenommen. Zwischen einem Drittel und der Hälfte der Klienten verlassen das KOC ohne nachfolgende Hilfe, oft, weil sie derartige Angebote ablehnen.

5. Zukunft

Das KOC soll - entsprechend der niederländischen Gesundheitspolitik - zumindest organisatorisch an das zuständige psychiatrische Bezirkskrankenhaus angeschlossen werden (vgl. Haarlem, Amsterdam).

DE SCHELP

GENT

Eröffnung 1977

STRUKTUR

<u>Räumlichkeiten</u>				<u>Personal</u>	
	1 Bett			Psychiater	1
Schlafzimmer	10			Psychologen	1,5
Betten	10			Sozialarbeiter	1,5
	min	max	i.D.	"Hostess"	1
Auslastung	25 %	100 %	80 %	Gruppenbetreuer	1

Im Nachtdienst Freiwillige

KLIENTEN

Gesamtzahl (1982)	185	<u>Einweisung durch</u>	n
		Selbsteinweisung	28
		Angehörige, Freunde	19
		Polizei	22
<u>Anlaß der Aufnahme</u>		Hausarzt	14
adjustment disorder	62,0 %	Facharzt	2
Drogen-/Alkoholproblem	6,5 %	Wohlfahrtsdienste	26
borderline	6,0 %	Krankenhaus	7
Suizidversuch	3,5 %		
akute Psychose	-		
neurot. Dekompensation	-		
anderes	22,0 %		

THERAPIE

Pharmaka (Psychiater)		<u>Entlassung nach</u>	
Einzel- und Familientherapie		Hause, Familie	40 %
(Psychologe, Sozialarbeiter)		ambulante Dienste	18 %
		long-stay Heime	13 %
		Hospital	5 %
	i. D.	anderswo/unbekannt	24 %
Verweildauer (Tg)	9,5 (1 - 59)	eigene ambulante Nachsorge bei 17 Kl.	

"De Schelp" (die Muschel), in einem größeren Haus eines Wohn- und Einkaufsviertels an der Peripherie Gents untergebracht, umfaßt ein "Center for Public Health" und das "Admission Center" (Krisisopvangcentrum). Seit auch letzteres staatlicherseits anerkannt und finanziert wird (ab 1.10.1982), hat sich die Bettenzahl von 5 auf 10 verdoppelt. Die Altersgrenze beträgt nach unten 18 Jahre.

KRISISCENTRUM

ROTTERDAM

Eröffnung 1978

STRUKTUR

<u>Räumlichkeiten</u>			<u>Personal</u>	
	1 Bett	2 - 3 B.	Sozialarbeiter	7
Schlafräume	3	3	sozialpsychiatr.	
Betten	10		Schwestern	5
			24 ^h offen, immer 2 Mitar-	
Auslastung	56 %		beiter anwesend	
(durchschnittl.)				

KLIENTEN

Gesamtaufnahmezahl/Jahr	825	<u>Einweisung durch</u>	
		Selbsteinweisung	43 %
<u>Aufnahmegründe</u>		Angehörige, Freunde	9 %
eher psychosoziale denn		Polizei	20 %
psychiatrische Probleme		Prakt. Arzt	3 %
		Facharzt	4 %
		Wohlfahrtsinstitutionen	19 %
		Krankenhäuser	2 %

THERAPIE

<u>Guidance</u>	50 %	<u>Entlassung nach</u>	
Einzeltherapie	35 %	Hause/Familie	68 %
Partner- und		long-stay Heime	25 %
Familientherapie	15 %	Krankenhaus	7 %
		ambulante Dienste	35 %
	durchschn.	Prakt. Arzt	2 %
Verweildauer (Tg)	2 (1 - 15)	eigene Nachsorge	ca. 10 %

Weitere Angaben liegen nicht vor.

CENTRUM VOOR OPVANG VAN KORTE DUUR
des Ombudscentrum AMOK

ANTWERPEN

1. Vorgeschichte und Zielsetzung

Die Actiegroep Maatschappelijke Onderzoek en Kritiek, kurz AMOK genannt (dt: Aktionsgruppe gesellschaftliche Untersuchung und Kritik), formierte sich 1970 als Informations- und Beratungsstelle an einem Antwerpener Jugendzentrum. Die Aktivitäten von AMOK gingen bald über die reine Jugendarbeit hinaus und umfassen heute eine Vielzahl präventiver und fürsorgerischer Maßnahmen. 1977 bezog AMOK ein eigenes Haus am Paardenmarkt. Was AMOK bietet, ist in großen gelben Lettern auf das Schaufenster des ladenartig geführten Ombudscentrum gepinselt: Juridische Medische Sociale Psychische Hulp - Gratis en Anoniem. Als hauptsächliche Problembereiche der täglich rund 30 Klienten, die AMOK aufsuchen, lassen sich - bei Jugendlichen - Auseinandersetzungen mit den Eltern und Verhütungsfragen, bei Erwachsenen Partnerkonflikte und Mieterberatung ausmachen.

Jugendliche, die von zuhause oder aus Heimen weggelaufen waren, und Klienten, die kurzfristig einer Unterkunft bedurften, wurden anfangs in Gast- oder Mitarbeiterfamilien aufgenommen. Die kontinuierlich steigende Zahl dieses Klientels, das die Privatsphäre der betroffenen Familien bald übermäßig belastete, die beschränkte Aufnahmekapazität des Antwerpener Crisisinterventiecentrums (s. dort) und das Ausbleiben jeglicher öffentlicher Maßnahmen für diese Menschen ließen AMOK selbst aktiv werden: 1981 wurde, unter geheimer Adresse, das Centrum voor Opvang van Korte Duur (COK, dt: Zentrum für kurzdauernde Aufnahme) eröffnet. Die maximale Verbleibdauer beträgt 6 Tage. Die interne Bezeichnung "frigo", also Tiefkühlfach, umschreibt die Aufgabe: Klienten in einer akuten Notlage - wenn andere Hilfsmöglichkeiten versagen oder nicht verfügbar sind - für einige Tage "auf Eis" zu legen, bis eine geeignete Lösung gefunden ist.

Die Übernachtungskosten belaufen sich (incl. Mahlzeiten) auf 300 BF/Tag (Minderjährige die Hälfte). Bei insolventen Klienten übernehmen öffentliche und private Dienste die Kosten.

2. Struktur

Das COK, rund zehn Gehminuten von AMOK entfernt in einem schmalen dreistöckigen Haus einer ziemlich heruntergekommenen Häuserzeile des Hafenviertels untergebracht, bietet in 5 Schlafzimmern Platz für insgesamt 10 Klienten (+ 2 Notbetten), dazu kommen Küche, EBzimmer, Aufenthaltsraum, Bade- und Waschzimmer, Trockenraum. Die Häuserzeile, in städtischem Besitz, soll in Kürze saniert werden, das COK dann in eine ruhigere Gegend übersiedeln.

Von den 9 Mitarbeitern (v. a. Sozialarbeiter, ehrenamtlich oder mit Einjahresverträgen des staatlichen Arbeitsbeschaffungsprogramms) sind jeweils 2 zugleich anwesend (von 10^h - 10^h bzw. von 18^h - 18^h), so daß ein 24^h-Dienst möglich ist. Tagsüber ist zusätzlich ein Koordinator tätig, der hauptsächlich administrative und repräsentative Aufgaben wahrnimmt.

Einmal wöchentlich ist eine Teambesprechung; zweimal im Jahr finden sogenannte Evaluationstage statt, die Gelegenheit zu grundsätzlicher Reflexion der eigenen Arbeit bieten.

3. Klienten

Alter, einweisende Instanz und Problembereiche der Klienten sind Abb. 2-32 zu entnehmen.

Die Aufnahmeersuchen betragen etwa das Fünffache der dann tatsächlich realisierten Aufnahmen (353; 1982). Untertags findet das erste orientierende Gespräch vor der Aufnahme immer im Ombudscentrum statt, bevor der Klient telefonisch dem COK-Team angemeldet wird, das nach einem weiteren Gespräch über die Aufnahme entscheidet.

		AMOK	95		
		Beratungszentrum			
	n	(ohne AMOK)	41		
10	24	Opvang-Zentren	58		
11 - 13	5	kommunale Sozialdienste	27		
14 - 15	26	Polizei/Rijkswacht	35		
16 - 18	70	Hospital/Arzt	11	ohne Unterkunft	59
19 - 21	58	Jugendfürsorge	13	Runaway aus Heim	46
22 - 24	26	Heime für Minderjährige	6	Runaway von zuhause	43
25 - 27	29	Nachbarschaft	10	Partnerkonflikt	38
28 - 30	17	Gefängnis	5	Ex-Häftling	29
31 - 35	34	Selbsteinweisung	50	psychische Probleme	21
36 - 40	25	(meist Wiederaufnahme)		mißhandelte Frauen	20
41 - 45	15	unbekannt	2	anderes	9
46 - 50	7				
50 -	14	total	353	total	265 *
unbek.	3				
total	353				

Abb. 2-32 Alter, einweisende Instanz und
Anlaß der Aufnahme (1982)

Während anfangs jeder aufgenommen wurde, was zu erheblichen inneren Spannungen, zu Aggressionsentäusserungen etc. führte und das Zusammensein der Klienten über Gebühr beeinträchtigte, werden mittlerweile folgende Klientengruppen abgewiesen: Drogensüchtige, Patienten, die aus psychiatrischen Anstalten entlaufen sind (werden zurückgeschickt) und Klienten, die als notorische Von-Heim-zu-Heim-Wanderer bekannt sind. Die Besetzungsquote schwankt zwischen 30 % - 76 % (Durchschnitt 55 %; 1982).

Den Eltern entlaufener Kinder, die von der sehr kooperativen Polizei häufig ins Ombudscentrum (und nicht direkt nach Hause) gebracht werden, bzw. den Partnern aufgenommener Klienten wird lediglich die Adresse des AMOK-Ombudscentrum mitgeteilt, in das sie in der Regel zu einem klärenden Gespräch aller Beteiligten gebeten werden.

In dem maximal 6tägigen Aufenthalt (Durchschnitt 5,7 1981; 5,5 1982) soll der Klient Distanz zu seiner Krise, zu dem entmutigend-lähmenden Gefühl der Ausweglosigkeit der eigenen

* Bei den restlichen Klienten handelt es sich um Wiederaufnahmen oder die Dossiers wurden auf Wunsch des Klienten vernichtet.

Lage gewinnen, indem ihm gangbare Zukunftsperspektiven aufgezeigt werden, die schrittweise zu verfolgen er dann - Hilfe zur Selbsthilfe - ermutigt wird.

Soweit nötig werden, nach dieser ersten allgemeinen Besinnungs- und Beruhigungsphase, zugleich spezifische Nachbetreuungsmaßnahmen eingeleitet.

Abb. 2-33 zeigt die weiteren Wege der Klienten.

nach Hause zurück	88
eigenes Appartment	
(darunter "Begeleid Kamerwonen")	96
von sich aus weggegangen	44
zu Familie/Freunden	26
anderes Opvangcentrum	35
Heim	26
Gastfamilie	6
Jugendfürsorge	6
Krankenhaus/psychiatrische Abteilung	12
repatr. Ausländer	5
Entziehungskur	4
anderswohin	5
	353

Abb. 2-33 Entlassungswege

Die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen (Polizei, Sozialdienst, Jugendfürsorge, Justiz etc.) wird als allgemein hervorragend beschrieben.

2.3. Anhang: Nicht-ambulante Krisenintervention im weiteren Sinne

Anhang 1: Längerfristige Krisenintervention

Ob die nachstehend angeführten Einrichtungen in Bern, Leuven und Gent noch in den Bereich nicht-ambulanter Krisenintervention gehören, ist zu diskutieren. Eindeutige Zuordnungskriterien gibt es sicher nicht. Weder läßt sich auf dem psychiatrisch-medizinischen Versorgungssektor eine klare Trennlinie zwischen Krisenstation und psychiatrischer Aufnahmestation herkömmlicher Gestalt ziehen, noch gelingt analog auf dem psychosozialen Versorgungssektor eine zweifelsfreie Auftrennung zwischen nicht-ambulanten psychosozialen Krisenzentrum einerseits und residentieller sozialfürsorgerischer Wohlfahrtseinrichtung andererseits. Mit einer Aufenthaltsdauer von 2 - 4 Wochen und länger überschreiten die genannten Einrichtungen die für Krisenzentren typische Verweilzeit von ein, maximal zwei Wochen recht deutlich; nach Struktur, Arbeitsweise und Selbstverständnis lassen sie sich aber doch mit einer gewissen Berechtigung zu den Einrichtungen nicht-ambulanter Krisenintervention zählen. Daher ihre Erwähnung hier im Anhang.

Stationäre sozialpsychiatrische Krisenintervention

- Kriseninterventionsstation, Sozialpsychiatrische
Universitätlinik, Bern

Die Kriseninterventionsstation der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik Bern, in zentraler Lage dem Allgemeinhospital unmittelbar benachbart, wurde 1977 als offene 16-Betten-Abteilung für die Behandlung mittel- und längerfristiger Krisen eingerichtet. Das Personal umfaßt 7 Pflegekräfte, 2 Assistenzärzte, 1 Ergotherapeuten; Oberarzt und Sozialarbeiter stehen halbtags zur Verfügung, eine Psychologin und eine Bewegungstherapeutin kommen zu Kleingruppenarbeit stundenweise auf die Station. Im Jahr werden rund 200 Patienten aufgenommen, überwiesen zu je einem Drittel vom psychiatrischen Notfalldienst, von Privatärzten oder von Einrichtungen der Sozialpsychiatrie.

schen Klinik. Die mittlere Belegungsquote lag 1981 bei 11,3 Betten. Die Geschlechtsverteilung männlich - weiblich betrug 36 % zu 64 %, zwei Drittel der Patienten waren zwischen 20 und 40 Jahren alt (alle Zahlen: Statistik 1981). Mit 25 % stellten Schizophrenien die häufigste Erkrankung dar, gefolgt von reaktiven Störungen (19 %), Neurosen und Persönlichkeitsstörungen (18 %), manisch-depressiven Psychosen (7 %), reaktiven Psychosen (6 %), Suchtkrankheiten (5 %), Oligophrenien (4 %), organischen Psychosen (3 %) und anderem (13 %).

Für die Technik der Krisenintervention freilich soll anstelle der diagnostischen Zuordnung die Berücksichtigung der spezifischen Krisenbereiche (z. B. zwischenmenschliche Beziehungen, Arbeits- und Wohnsituation, Persönlichkeitsstruktur) die entscheidende Bedeutung besitzen. Die Behandlung umfaßt im wesentlichen (analytisch orientierte) Einzelgespräche, Gruppensitzungen, Milieu- und Bewegungstherapie, Rollenspiel und Familiengespräche; 45 % der Patienten erhielten psychotrope Substanzen. Das Hauptgewicht der Arbeit liegt auf der sozialen Intervention einschließlich einer "Netzwerktherapie". Die mittlere Verweildauer von 21,4 Tagen ist für eine Krisenstation vergleichsweise lang. Der ganz überwiegende Teil der Patienten konnte direkt nach Beendigung der stationären Intervention das frühere oder sogar ein höheres Autonomieniveau im Wohn- (bei 85 % aller Patienten) und Arbeitsbereich (bei 92 %) - als den gewählten Evaluationskriterien - erreichen. Nur 8 % der Patienten mußten in eine psychiatrische Klinik weiterverlegt werden. Langfristige Katamnesen liegen noch nicht vor (vgl. HÜLSMEIER 1984).

Residentielle psychosoziale Krisenintervention ("Krisisopvang")

- Krisisopvangcentrum Oikonde-Hotel, Leuven
- Onthaalcentrum, Gent

Die beiden in ihrer Art vergleichbaren Einrichtungen - schmale unauffällige Häuser mit etwa je einem Dutzend Betten in Ein- und Doppelzimmern, mit Aufenthaltsräumen, Gesprächszimmern und Wohnküche - haben überwiegend mit Angehörigen sozialer Randgruppen zu tun. Zu ihrem oft noch jugendlichen Klientel zählen Nicht-Seßhafte, ehemalige Häftlinge, entlassene psychiatrische

Patienten, Alkohol- und Drogensüchtige, eingewiesen von kommunalen Sozialdiensten, Wohlfahrtseinrichtungen, von Polizei, Justiz und medizinischen Einrichtungen (vgl. Crisis Hospitalisatie, Akademisch Ziekenhuis Leuven); ein Teil kommt, dann meist als Wiederaufnahme, von sich aus.

Die Aufnahmeschwelle ist niedrig, besondere Zugangskriterien bestehen nicht. Anlaß der Aufnahme ist nur selten eine Krise im Sinn einer akuten Anpassungsstörung, meist handelt es sich - bei einer nur mehr marginalen Existenzweise am Rande der Gesellschaft - um den (wiederholten) Zusammenbruch der verbliebenen sozialen Fähigkeiten, um eine langfristige Entwicklung, die sich immer wieder krisenhaft verschärft.

Wenngleich das Bett für die Nacht, Essen und Trinken im Vordergrund der Hilfe stehen, sind diese Einrichtungen ihrem Selbstverständnis nach doch alles andere als reine Obdachlosenheime. Besetzt mit einem Betreuerteam aus Psychologen, Sozialarbeitern und Freiwilligen sehen sie sich eher als ein "orientatiecentrum", das mit den Techniken administrativ-instrumenteller wie therapeutischer Intervention versucht, dem oft schon langen "opvangcircuit", also dem ziellosen Herumwandern der Klienten zwischen den verschiedenen Institutionen, ein Ende zu machen. Ziel des gewöhnlich 1 - 4wöchigen Aufenthalts soll die Ermöglichung eines weitgehend selbständigen Wohnens mit ambulanter Betreuung sein bzw. die gezielte Weiterverweisung in eine spezialisierte Einrichtung.

Die beiden Einrichtungen stellen sicher keine Interventionszentren i. e. S. dar. Bewältigung akuter Krisen ist nicht Ziel der Arbeit, Krisis-Opvang scheint insofern keine ganz zutreffende Bezeichnung zu sein. Materielle Not und Arbeitslosigkeit, Isolation und Kontaktschwäche, Labilität und Sucht bilden die vorherrschenden Problembereiche, die - bei der angestrebten niederschweligen Zugänglichkeit - weitgehend ungefiltert auf die Mitarbeiter einstürzen. Zukunftslosigkeit, Monotonie und Apathie in maximal drei, vier Wochen überwinden zu können, darüber äußern sich die Mitarbeiter eher skeptisch. Zu oft schließe sich der "circuit" wieder.

Die beiden "Opvang"-Zentren sind in ihrer Ausgestaltung typisch flämische Einrichtungen. Ihre Stellung im Versorgungssystem ebenso wie ihr ideologischer Hintergrund lassen sich ohne einige grundsätzliche Anmerkungen zum Versorgungswesen Flanderns kaum richtig verstehen. Darüber hinaus könnte dieser kleine Exkurs Bedeutung für die zentrale Thematik dieser Arbeit gewinnen: Exemplarisch werden die verschiedenen Ebenen deutlich, auf denen sich Krisenintervention und Notfallversorgung innerhalb eines regionalen Systems vollziehen können. Zugleich wird aber auch vor Augen geführt, daß eine Einordnung und Bewertung einzelner Einrichtungen nie ohne die entsprechende Berücksichtigung der sie jeweils prägenden regionalen Gegebenheiten erfolgen darf.

Exkurs Anmerkungen zum flämischen Versorgungssystem

Die psychiatrisch-psychosoziale Versorgung Flanderns läßt sich - so undurchschaubar-verwickelt im Detail - übersichtsweise in drei Bereiche einteilen. Zunächst gibt es die großen psychiatrischen Landeskrankenhäuser, zu neunzig Prozent fest in Händen der "Caritas Catolica", einer überaus mächtigen, autoritativen Vereinigung. Dem stehen auf dem ambulanten Sektor sozialpsychiatrische Zentren gegenüber, die die gemeindenah-außerklinische Betreuung ihres Distrikts übernehmen sollen. In ihren Aktivitäten zumeist auf bestimmte Therapieformen und ausgewählte Zielgruppen hin spezialisiert - entsprechend selektiv die Zugangskriterien - sind die zudem nur werktags geöffneten Zentren kaum auf kurzfristig eingreifendes Handeln eingestellt; Wartelisten und bürokratischer Aufwand tun ein übriges.

So klappt, zumal was rasches Reagieren in Krisensituationen betrifft, zwischen den schwerfälligen Landeskrankenhäusern und den unflexiblen sozialpsychiatrischen Institutionen eine Versorgungslücke, eine Art Niemansland, in dem, als dem dritten Bereich, seit Mitte der siebziger Jahre die verschiedensten gesellschaftlichen Gruppierungen in geradezu anarchischer Vielfalt Flucht- und Auffanghäuser, Obdachlosen- und Übergangsheime, Beratungsbüros und mobile Einsatzdienste und eben auch Krisisinterventie- und Krisisopvangcentren errichtet haben.

Ein Teil dieser Krisenzentren, aus den Bemühungen um eine alternative "thuislozenzorg" (Obdachlosenfürsorge) hervorgegangen, läßt sich demgemäß als auf kurzfristigen Verbleib zugeschnittene Modifikation kleindimensionaler Obdachlosen- und Resozialisierungsheime ("onthaaltehuizen") beschreiben, deren vornehmliches Ziel es ist, den fatalen "opvangcircuit" ihrer Klienten zu durchbrechen.

Materiell-administrative und psychosoziale Hilfen stehen im Vordergrund der Arbeit. Daneben finden sich in Flandern eine Reihe von auf residentielle Krisenintervention bei Jugendlichen, Frauen und Süchtigen spezialisierten Häusern.

Fast alle derartigen Krisenauffangzentren sind mittlerweile Mitglied der "Vereiniging der Vlaamse Onthaaltehuizen" (VDVO), einer Organisation, die sich bemüht, die einzelnen Aktivitäten und Initiativen der voneinander häufig kaum Kenntnis nehmenden, ja nicht selten in Konkurrenz stehenden Gruppierungen - eine teilweise Fehl- oder Überversorgung ist die Folge - in angemessen koordinierte Bahnen zu lenken.

Diese residentielle Form der psychosozialen Krisenintervention ist nicht Teil der sozialpsychiatrischen Distriktversorgung; offiziell nicht anerkannt, stehen auch keine staatlichen Mittel zu ihrer Finanzierung zur Verfügung (einzige Ausnahmen: Das Crisisinterventiecentrum Antwerpen und "De Schelp", Gent, finanziert freilich - etwas verwirrend - als sozialpsychiatrische Zentren). Die Klienten müssen die Übernachtungskosten selber tragen; sind sie, wie häufig der Fall, insolvent, so übernehmen zumeist die kommunalen Sozialdienste die Kosten. Die Mitarbeiter werden - sofern nicht als Freiwillige tätig - hauptsächlich über Einjahresverträge eines staatlichen Arbeitsbeschaffungsprogramms bezahlt.

Nun ist es allerdings nicht so, daß Krisenintervention in der staatlichen Gesundheitspolitik keine Rolle spielt. Vielmehr sei darauf hingewiesen, daß der Begriff "Krisenintervention" ausdrücklich in zwei königlichen Dekreten über institutionelle und ambulante Psychiatrie Erwähnung findet, nämlich in dem Beschluß

über die Festlegung der Funktionen der sozialpsychiatrischen Zentren vom 20.3.1975 und dem Beschluß über die Regelung der A-Dienste an psychiatrischen und Allgemeinkrankenhäusern vom 15.2.1974.³⁸⁾

Die A-Dienste an Allgemeinkrankenhäusern müßten, wie BRUYNOOGHE vom A-Dienst des Allgemeinkrankenhauses St. Lucas in Brügge meint, zu Kriseninterventionszentren werden, die in enger Zusammenarbeit mit einer ausgebauten Poliklinik der Akutaufnahme und der Kurzzeitbehandlung dienen. Daneben gibt es Bemühungen, auch an Allgemeinkrankenhäusern, die keine psychiatrische Abteilung besitzen, eine kleinere, ganz auf Krisenintervention ausgerichtete Station einzuführen (s. Crisis Hospitalisatie, Leuven).

So verfügt Flandern über eine respektable - wenn auch teilweise wenig aufeinander abgestimmte - Palette nicht-ambulanter Kriseninterventionseinrichtungen, die das Spektrum vom psychiatrischen Notfall bis zur psychosozialen Krise angemessen abdecken.

Anhang 2: Zielgruppenorientierte Krisenzentren

In den bisher beschriebenen Einrichtungen wurde ein jeweils recht weites Spektrum von Patienten versorgt; lediglich die notfallpsychiatrische, sozialpsychiatrische oder psychosoziale Orientierung setzte einen gewissen Schwerpunkt.

Inwieweit sich Strategie und Technik nicht-ambulanter Krisenintervention bei einer bestimmten Problemstellung auch auf ein eng umschriebenes Klientel anwenden lassen, soll am Beispiel zweier zielgruppenorientierter Krisenzentren - eines für Jugendliche und eines für Abhängige - kurz veranschaulicht werden.

Noch eine Anmerkung: Im weitesten Sinne lassen sich auch die sogenannten Frauenhäuser zu den nicht-ambulant Krisenzentren rechnen. Ihr Aufgabenbereich umfaßt freilich - schon im Hinblick auf die oft längerfristige Unterbringung - mehr als die

reine Akutversorgung. Eine ausführliche Diskussion dieser inzwischen recht verbreiteten Einrichtungen würde den Rahmen dieser Arbeit daher wohl überschreiten.

Crisis Interventie Centrum, Antwerpen

Das Crisis Interventie Centrum (CIC) Antwerpen betreut ausschließlich Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 14 - 25 Jahren. Den rund 700 Klienten pro Jahr, die von sich aus oder durch externe Vermittlung (Angehörige, Sozialdienste etc.) ins CIC gelangen, kann in zwei von drei Fällen ambulant geholfen werden, meist mit einer einzigen klärenden Aussprache. Bei den Klienten, die ins CIC aufgenommen werden müssen - 10 Betten stehen dafür in dem schmalen dreistöckigen Haus zur Verfügung - handelt es sich überwiegend (75 %) um Jugendliche, die von zu Hause oder aus Heimen weggelaufen sind; die übrigen sind psychiatrisch auffällig, drogensüchtig oder materiell in Schwierigkeiten. Die Aufenthaltsdauer, im Mittel bei 1 - 2 Wochen, schwankt zwischen einem Tag und mehr als einem Monat. Das Betreuerteam besteht aus Sozialarbeitern, Psychologen, Zivildienstleistenden und Freiwilligen; die offiziell als Direktorin fungierende, teilzeitbeschäftigte Psychiaterin hat intern keine besonderen Befugnisse.

Die therapeutisch-sozialfürsorgerischen Bemühungen, die neben der individuellen Betreuung und Beratung durch eine feste Bezugsperson auch eine regelmäßige gruppentherapeutische Arbeit umfassen, haben zunächst die Rückkehr des Klienten in seine bisherige Umgebung oder, wenn dies nicht mehr möglich scheint, die Organisation einer anderen Unterbringung (z. B. Gastfamilie, eigene Wohnung) zum Ziel.

Die Zusammenarbeit mit der Antwerpener Polizei und den Jugendgerichten ist dank guter persönlicher Kontakte eng und vertrauensvoll.

Krisisinterventiecentrum "De Ark", Gent

Das Krisisinterventiecentrum "De Ark", mit dessen Gründung (1979) die mit langfristiger Entziehung Abhängiger befaßte therapeutische Gemeinschaft "De Sleutel" (dt.: Der Schlüssel) auf ein Defizit stationärer Akutversorgung für Süchtige in der Genter Region reagierte, dient als eine Art Vorschalt- und Selektionsinstanz dieser Einrichtung. Die zumeist unfreiwillig, z. T. alternativ zu einer Inhaftierung in das geschlossen geführte Krisenzentrum eingewiesenen Abhängigen sollen in den 2 - 3 Wochen ihres Aufenthalts körperlich entzogen werden (sofern keine intensivmedizinischen Einrichtungen benötigt werden), zugleich aber auch zu einer langfristigen Entwöhnungstherapie motiviert und vorbereitet werden, die sich in "De Sleutel" anschließen soll - ein Ziel, das letztendlich rund ein Drittel der Patienten erreicht.

Gerade die intensive Betreuung in einer beschützten Umgebung macht allerdings die Süchtigen nicht selten glauben, nach Beendigung des Aufenthalts allein zurechtkommen und auf einen langfristigen Entzug verzichten zu können. Entsprechend hoch sind die Rückfallquoten in dieser Gruppe.

"De Ark", noch in einem kleinen Haus mit beengten Räumlichkeiten untergebracht, soll in ein neues und größeres Domizil übersiedeln, in dem dann 15 statt bisher 6 Therapieplätze zur Verfügung stehen werden.

Anhang 3 Varia

Die Darstellung möglicher Organisationsformen nicht-ambulanter Krisenintervention soll mit der Beschreibung zweier Interventionsmodelle abgerundet werden, die - schwer in den bisher gewählten Kategorien unterzubringen - als eigenständig-originaire Einrichtungen einer kurzen Erwähnung innerhalb der Thematik dieser Arbeit wert scheinen. Daß dabei auf eine amerikanische Einrichtung zurückgegriffen wird, sei der inhaltlichen Vollständigkeit halber gestattet.

Crisis Hostel, Denver

In einem fünfmonatigen Experiment der Crisis Intervention Division des Fort-Logan Mental Health Center (Denver) wurden, wie BROOK (1973) berichtet, Krisenpatienten nicht mehr, wie bis dahin, stationär in der Crisis Unit aufgenommen, sondern in einer als "Crisis Hostel" eingerichteten Wohnung (4 Betten) eines normalen Mehrparteienhauses für maximal 7 Tage untergebracht. Körperliche Untersuchung und psychiatrische Befundung waren vorausgegangen. Da die mit der Versorgung der Patienten beauftragten Nachbarn ihren Aufgaben nicht so recht nachkamen, wurde zusätzlich eine Krankenschwester der Crisis Unit zur Mitbetreuung des Hostel abgestellt, das ansonsten mit keinen regulären Mitarbeitern besetzt war.

Von den insgesamt 49 ins Hostel aufgenommenen Patienten waren die Hälfte schizophren und je ein Viertel depressiv (z. T. endogen) bzw. süchtig und/oder neurotisch. Das Alter schwankte zwischen 17 - 62 Jahren. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 5,8 Tage. Kein Patient verließ das Hostel vorzeitig. Suizidversuche wurden nicht registriert, obgleich rund die Hälfte der Patienten als suizidal eingeschätzt wurde. Die Patienten wurden, von 7 psychiatrischen Aufnahmen abgesehen, zu ambulanten Diensten weiterverwiesen (6 - 8 Sitzungen).

Infirmierie psychiatrique près la préfecture de police (IPPP), Paris

Die IPPP dient der Akutaufnahme von Personen, die für die öffentliche Ordnung oder die Sicherheit anderer Personen eine Gefahr bedeuten und deren Bedrohlichkeit zugleich eine psychiatrische Dimension besitzt. Einweisungsberechtigt ist nur die Polizei; alle Aufnahmen erfolgen als Zwangseinweisungen. Seit 1970 ist die Tag und Nacht geöffnete IPPP in modernen Räumlichkeiten inmitten des Hôpital Sainte-Anne untergebracht, freilich unabhängig von ihm.

Neuzugänge werden unverzüglich von einem Assistenzarzt körperlich untersucht und psychiatrisch befundet, zugleich wird versucht, mit Angehörigen, Hausärzten usw. Kontakt aufzunehmen.

Einige Stunden später sieht der Oberarzt die Patienten und entscheidet über weitere Maßnahmen.

Die Aufnahmezahlen liegen jährlich bei rund 4 000 Zugängen (3 852; 1978). 43 % werden im Anschluß an die Aufnahme in die IPPP zwangsweise in eine geschlossene Abteilung überwiesen, 14,5 % werden auf freiwilliger Basis psychiatrisch hospitalisiert und 42,5 % wurden ohne weitere stationäre Nachsorge entlassen. (Nach GOUREVITCH 1979)

Anhang 4 "Krisenbetten" in ambulanten Einrichtungen

Vorbemerkung

Nicht mehr von rein auf Krisenaufnahme spezialisierten Zentren soll im folgenden die Rede sein, aber doch von Einrichtungen, die, obzwar selbst poliklinischen oder extramural-ambulanten Zuschnitts, auf das prinzipiell gleiche Versorgungsproblem, also das Nichtverfügen über ein nicht mehr ambulantes, aber eben noch nicht regulär-stationäres Instrumentarium, in ähnlicher, freilich improvisierter, aus der Not geborener Weise reagieren wie die bisher beschriebenen Zentren - mit provisorisch, sozusagen unter der Hand aufgeschlagenen "Krisenbetten". Insofern es sich ja hier auch um eine Form nicht-ambulanter Krisenintervention handelt - allerdings eher in logistischer denn in konzeptioneller Hinsicht - sollen diese Einrichtungen im Rahmen dieser Arbeit hier kurz Erwähnung finden. Zugleich werden Versorgungskonstellationen deutlich, unter denen das Aufstellen von derartigen Notbetten zur schlichten Notwendigkeit wird.

Triest

Triest, BASAGLIAs Modellfall, eine Stadt mit rund 350.000 Einwohnern, besaß (Anfang der 80er Jahre) 5 kleinere sektorierte Mental-Health-Centers, besetzt mit 3 - 5 Psychiatern, 12 oder mehr Schwestern, 1 - 2 Sozialarbeitern und 1 - 2 Psychologen. Hauptgewicht der Arbeit lag auf der familiären Krisenin-

tervention. Auf dem stationären Versorgungssektor standen für ganz Triest 10 psychiatrische Betten im zentralen Allgemeinkrankenhaus zur Verfügung, die v. a. nachts, wenn die sozial-psychiatrischen Zentren geschlossen waren, zur Akutaufnahme (meist für 1 - 2 Tage) benötigt wurden. Zusätzlich waren in den Mental-Health-Centres 6 - 8 Betten zur nicht-ambulanten Krisenintervention (z. T. auch zu einer längeren Betreuung) eingerichtet worden. (Nach MOSHER 1982)

Elat

MÜLLER (1982) berichtet über Elat, eine Stadt von rund 17.000 Einwohnern an der Sinaihalbinsel jenseits der Negev-Wüste. Das moderne 80-Betten-Allgemeinkrankenhaus besitzt auch eine Psychiatrische Poliklinik, in der 4 Betten zur Krisenintervention verfügbar sind, eine schon geographische Notwendigkeit, wenn man bedenkt, daß die nächstgelegene psychiatrische Abteilung (in Jerusalem) 250 km entfernt ist.

Lausanne

Die "Krisenbetten" mit der wohl kürzesten Verweildauer befinden sich in der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Lausanne. Diese Einrichtung, die mit allein 6 649 Hausbesuchen auch an der regionalen Versorgung des Kantons teilnimmt (1976), verfügt, wie HÄFNER (1977) mitteilt, über 2 Krisenbetten mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von ungefähr 15 Stunden.

Utrecht

BEENACKERS (1982) vom Crisiscentrum Utrecht berichtet von Versuchen an diesem rein ambulanten Interventionszentrum, angemessenere Betreuungsformen insbesondere für die sogenannten Drehtür-Patienten zu finden. Als Alternativen werden in Erwägung gezogen a) intensivere ambulante Begleitung, b) ein "'time-out' in de vorm van een geïmproviseerde slaapbank"

(p 43) und, falls dies nicht ausreicht, c) ein spezielles "crisisbed" für maximal 3 Nächte.

Paris

Zu den sozialpsychiatrischen Einrichtungen des 5. Secteur, dem die Versorgung des 6. Arrondissement mit seinen rund 50.000 Bewohnern obliegt, gehören 2 Pavillons (20 + 25 Betten) im Centre Hospitalier Sainte-Anne, ein dispensaire und centre d'accueil, und eine Tagesklinik (15 Plätze) (Stand 1982). Innerhalb des 24 Stunden geöffneten centre d'accueil, das eine Vielzahl ambulanter Tätigkeiten (Konsultationen, analytische Therapien, Bewegungstherapie und Krankengymnastik, Gruppenaktivitäten) einschließlich extern-mobiler Einsätze und Hausbesuche durchführt, stehen 3 Betten zur Verfügung, um Krisenpatienten für einige Tage aufnehmen zu können. (Nach AMADO 1983)

3. Krisenintervention und Notfallpsychiatrie - Die Einrichtungen im Vergleich

Nach den Einzeldarstellungen der verschiedenen Krisenzentren im vorherigen Abschnitt will das folgende Kapitel in einer vergleichenden Übersicht des bisher ausgebreiteten Materials versuchen, Gemeinsames und Trennendes der einzelnen Modelle herauszustellen, Gewichtungen vorzunehmen und einige praktische Konsequenzen darzulegen.

Da eine unstrukturiert-summarische Aufbereitung der Daten eine wenig überschaubare Zahlenvielfalt böte und zudem Gefahr liefe, Inkompatibles auf gleicher Ebene in Beziehung zu setzen (also etwa einen Liaisondienst mit einem Krisisopvangcentrum), scheint es angebracht, die unterschiedlichen Einrichtungen nicht-ambulanter Akutversorgung zunächst in Klassen ähnlicher Hauptmerkmale zu systematisieren.

Folgende Kategorien bieten sich an:

- | | |
|------------------------------------|---|
| I Liaisondienst: | Reguläre Kooperation von Internisten/ Intensivmediziniern und fest stationierten Psychiatern und Sozialarbeitern auf einer Intensivabteilung im Rahmen der Suizidentenversorgung. |
| II Kriseninterventionsstation: | Eigenständige, auf Krisenintervention und psychiatrische Notfallversorgung ausgerichtete Station innerhalb eines Krankenhausbetriebes. |
| III psychiatrisches Krisenzentrum: | extramurale, psychiatrisch geleitete Einrichtung für Notfallpsychiatrie und Krisenintervention. |

IV psycho(-soziales)

Krisenzentrum: extramurale, nicht-psychiatrische Einrichtung zur Intervention bei psychischen Krisen mit zumeist sozialer Komponente.

V (psycho-)soziales³⁹⁾

Krisenzentrum: extramurale, nicht-psychiatrische Einrichtung zum Auffang einer vorwiegend sozial bedingten Notlage mit dem Schwerpunkt auf materieller und administrativer Hilfe.

Die einzigen Einrichtungen, die sich schlecht in die obige Systematik eingliedern lassen, sind zum einen der Service d'urgence am Hôpital E. Herriot, Lyon, der I und II umfaßt, zum anderen "De Ark", Gent, und das Crisisinterventiecentrum Antwerpen als auf Abhängige bzw. Jugendliche spezialisierte Krisenzentren (sie gehören am ehesten zu IV).

Die Zuordnung der restlichen Einrichtungen zeigt die Abbildung 3-1.

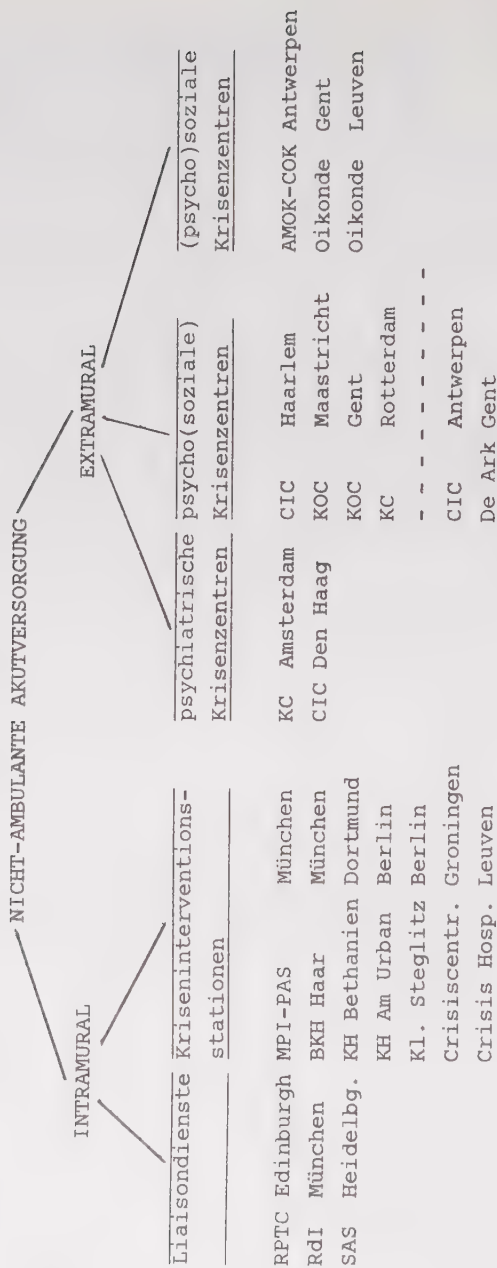


Abb. 3-1 Systematik der Krisenzentren

Abk. s. Abb. 3-3

3.1. Struktur und Arbeitsumfang Personal

	I	II	III	IV	V
Psychiater	1,2	2,5	1,6	- ^g	-
anderer Arzt	1,9	- ^c	- ^f	-	-
Pflegekraft	- ^a	7,9	5,9	(4) ^h	-
Psychologe	- ^b	- ^d	0,6	2,5 ⁱ	- ^k
Sozialarbeiter	0,6	1,7 ^e	1,7	4,5	3,6

-
- a keine psychiatrischen Schwestern
 - b nur in Heidelberg
 - c nur im BKH Haar
 - d nur in Haar, Dortmund, Leuven
 - e ohne Steglitz, Berlin
 - f nur in Amsterdam
 - g nur Schelp, Gent
 - h nur in Haarlem, Rotterdam
 - i ohne Rotterdam
 - k COK Antwerpen

Abb. 3-2 Personalzahlen, jeweils auf eine hypothetische
10-Betten-station umgerechnet

Abb. 3-3 Personalschlüssel der einzelnen Einrichtungen,
jeweils auf eine hypothetische 10-Bettenstation
umgerechnet

nächste Seite

I		Psychiater	anderer Arzt	Pflege- kraft	Psycho- loge	Sozial- arbeiter
RPTC	Edinburgh	1,8	2,7	- ^a	-	0,9
SAS	Heidelberg	1,3	2	- ^a	0,6	0,6
RdI	München	0,5	1	- ^a	-	0,3
II						
MPI	München	2,5	-	5,8	-	0,8
BKH	Haar	1,5	0,7	7,7	0,8	0,8
Beth.	Dortmund	2	-	6	4	2
Urb.	Berlin	5	-	12,5	-	5
Steg.	Berlin	2,5	-	6,6	-	-
AZ	Groningen	1,8	-	10	-	0,9
AZ	Leuven	2,2	-	6,6	0,6	0,6
III						
KC	Amsterdam	1,1	3,9	7,7	0,7	2,3
CIC	Den Haag	2	-	4	0,5	1
IV						
CIC	Haarlem	-	-	3	3	3
KOC	Maastricht	-	-	-	2,9	6,3
KC	Rotterdam	-	-	5	-	7
KOC	Gent	1	-	-	1,5	1,5
V						
Oik.	Gent	-	-	-	-	3,6
Oik.	Leuven	-	-	-	5 ^b	+ 2,5
COK	Antwerpen	-	-	-	1,3	6,3

^a keine psychiatrischen Schwestern

^b 2,5 Erzieher, 1,3 Kriminologe, 1,2 Rechtsanwalt

Abk.: AZ Akademisch Ziekenhuis (dt.: Univ. Klinikum), Beth. Krankenhaus Bethanien, BKH Bezirkskrankenhaus, CIC Crisisinterventiecentrum, COK Centrum voor Opvang van Korte Duur, KC Krisiscentrum, KOC Krisisopvangcentrum, MPI Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Oik. Oikonde, RdI Klinikum Rechts der Isar, RPTC Regional Poisoning Treatment Center, SAS Sektion Angewandte Suizidforschung, Steg. Klinikum Steglitz, Urb. Krankenhaus Am Urban

Krisenintervention ist, das machen die Zahlen deutlich, personalintensiv und verlangt zugleich ein polyvalentes Team.

In I - III besteht es regelhaft aus der Triade Arzt, Schwester und Sozialarbeiter; Psychologen sind nur ausnahmsweise beteiligt. Nichtpsychiatrische Ärzte werden - abgesehen von den Intensivstationen - nur auf der Notfallstation des Bezirkskrankenhauses Haar und im Krisiszentrum Amsterdam beschäftigt.

Von II nach V zeigt sich eine Abnahme professioneller Mitarbeiter, die durch ein Mehr an freiwilligen Kräften ausgeglichen wird.

Nicht-ambulante Krisenintervention birgt im wesentlichen zwei Problembereiche für das Personal in sich: Zum einen das mit der Multidisziplinarität verbundene Aufweichen herkömmlicher Entscheidungs- und Verantwortungshierarchien ("role-blurring"), zum anderen die starke psychische Belastung mit der Gefahr eines "burn-out" durch die permanente emotionelle Auseinandersetzung mit Notfällen und Krisensituationen, durch den großen Arbeitsumfang und durch den raschen Patientenwechsel.

Multidisziplinarität und Rollenaufweichung

In keinem der vom Autor besuchten Krisenzentren herrschte eine auch nur entfernt an die Atmosphäre erinnernde Situation, wie sie BIRGER (1974) für das crisis intervention team am Albert-Einstein-College of Medicine in der Bronx, N. Y., beschrieb: Das antipsychiatrisch eingestellte Team aus radikalen Weißen und militanten Schwarzen, angeführt von einer Psychologin, verweigerte sich einer psychiatrischen Führung und boykottierte den regulären Krankenhausbetrieb solange, bis nach 6 Monaten und insgesamt 27 (!) betreuten Patienten das neueingeführte Interventionsprogramm wieder eingestellt werden mußte.

Soweit für den Außenstehenden erkennbar, funktioniert die multidisziplinäre Zusammenarbeit in den einzelnen Teams, wie auch immer sie im Detail organisiert ist, weitgehend unproblematisch, größere Reibungsverluste und ideologische Gräben ließen sich nicht ausmachen. Die "Gefahren der Auflösung fachlicher Kompetenz in egalitären Teamsituationen" (HÄFNER

1978 a), nämlich Zeitvergeudung, Beschäftigung mehr mit in-group-Phänomenen denn mit Patientenproblemen, unverbindliche Entscheidungen etc., scheinen im allgemeinen überwunden. Traditionelle Rollenhierarchie ist durch die aus Erfahrung gewachsene Autorität des einzelnen ersetzt. Tatsächlich spricht, wie schon COOPER (1979) befand, nichts dafür, daß erfahrene nicht-ärztliche Mitarbeiter weniger effektiv in Krisensituationen eingreifen können als ärztliches Personal, ja die ungleich höhere Kompetenz einer schon lange im Krisenzentrum tätigen Krankenschwester kann für einen jungen neueingestellten Assistenzarzt eine ungewohnte, das eigene Rollenverständnis problematisierende Erfahrung werden.

"burn-out"

Besteht die Gefahr einer "Crisis on the Crisis Unit", wie COHN (1970) einen Artikel über die Überlastung junger Ärzte auf einer Crisis Admission Unit überschrieb? Sind zunehmende Gleichgültigkeit, emotionelles Abschalten und inneres Ausgebranntsein, von FREUDENBERGER (1974) als sogenanntes "burn-out"-Syndrom in die Literatur eingeführt, regelhaft nach einer bestimmten Belastungszeit auftretende Phänomene, die einen häufigen Personalwechsel nötig machen?⁴⁰⁾

Kaum etwas davon war in den besuchten Krisenzentren zu spüren. Im Krisiszentrum Amsterdam sind viele schon seit der Gründung (1972) dabei, im Krisiszentrum Haarlem fanden seit 1978 erst 4 Personalwechsel statt; ebenso verfügt das Crisisinterventiecentrum Den Haag über ein stabiles Team - die Aufzählung ließe sich leicht fortführen.

Die Chance, rasch helfen zu können, die Erweiterung des eigenen Aufgabenfeldes und die damit verbundene Übernahme von Verantwortung, Bewahrung der eigenen Beweglichkeit durch weitgehend fehlenden Routinebetrieb und nicht zuletzt das Zusammengehörigkeitsgefühl im Miteinander des Teams scheinen als Korrektiv der außergewöhnlichen psychischen Beanspruchung zu wirken. Dazu haben die meisten Krisenzentren neben Supervision, Informations- und Fortbildungsveranstaltungen regelmäßige balintartige Aussprachemöglichkeiten eingeführt.

Räumlichkeiten und Arbeitsumfang

Die einzelnen Einrichtungen bewegen sich, abgesehen von den größeren, im psychiatrischen Liaisondienst betreuten Intensivstationen, ziemlich konstant um eine Bettenzahl von 8 - 12. Die Patienten werden bevorzugt in Ein- oder Zweibettzimmern untergebracht. Die Ausstattung ist im allgemeinen freundlicher und wohnlicher gehalten als in herkömmlichen Krankenzimmern - innenarchitektonische Entsprechung des Konzepts des noch nicht Regulär-Stationären.

Für untertags stehen gewöhnlich "Lounge"-ähnliche Aufenthaltsmöglichkeiten zur Verfügung, dazu ES- und Gesprächszimmer, Personalräume, Küche, Bad und gelegentlich ein kleiner Garten.

Die Besetzungsquote, deren jeweils gemittelte Werte im Vergleich der einzelnen Einrichtungen zwischen 54 % und 100 % pendeln, ist auch innerhalb der Zentren starken Schwankungen unterworfen, die den Mitarbeitern ein hohes Maß an Flexibilität abverlangen. Einige Einrichtungen können gegebenenfalls ihre Bettenzahl kurzfristig erhöhen. Ein sinkender Belegungsgrad muß andererseits nicht automatisch eine Erleichterung der therapeutischen Arbeit bedeuten, sondern kann selbst wieder Probleme schaffen (FEUERLEIN 1983).

Durch den kurzen Verbleib und den entsprechend hohen "turn-over" können die Einrichtungen trotz ihrer relativ begrenzten Bettenzahl eine beachtliche Zahl von Patienten versorgen, in den psychiatrischen und psychosozialen Krisenzentren (II - IV) im Schnitt 400 - 600 im Jahr. Auf den Intensivstationen liegt die Zahl höher, in den Opvangcentren mit meist längerfristiger Aufnahme niedriger (Ausnahme COK Antwerpen, hier ist der Verbleib auf 7 Tage begrenzt). Aus dem Rahmen fällt der Service d'urgence am Hôpital E. Herriot in Lyon mit jährlich über 4 000 psychiatrisch (mit-)betreuten Patienten.

	Betten zahl	gemittelte Verweil- dauer (Tg.)	Patienten im Jahr	Wieder- aufn.	Ausla- stung
I					
RPTC Edinburgh	22	2	1800	50 %	-
SAS Heidelberg	15	3	ca. 700	ca. 3 %	100 %
RdI München	42	5,8	485	12 %	100 %
II					
MPI München	12(-16)	9	358	20 %	90 %
BKH Haar	13(-19)	7	630	16 %	100 %
Beth.Dortmund	5	10,2	391	-	-
Urb. Berlin	6	4	ca. 420	ca. 5 %	-
Steg.Berlin	12	9(Median)	ca. 300	ca. 10 %	-
AZ Groningen	11	4,5	405	6 %	65 %
AZ Leuven	18	14-21	450	15 %	-
III					
KC Amsterdam	12(-14)	3,6	677	23 %	70 %
CIC Den Haag	10	max 7	527	-	80 %
IV					
CIC Haarlem	10	4	606	ca. 12 %	65 %
KOC Maastricht	12	3,5	560	-	-
KC Rotterdam	10	2	825	-	56 %
KOC Gent	10	9,5	185	14 %	80 %
V					
Oik. Gent	11	30	96	-	82 %
Oik. Leuven	8	12 (Median)	125	22 %	76 %
COK Antwerpen	8(-10)	5,5	353	9 %	100 %

Abb. 3-4 Bettenzahl und Arbeitsumfang

"-" steht in dieser Abb. für "unbekannt"

Die Wiederaufnahmeraten bewegen sich im großen und ganzen zwischen 10 % - 20 %. Bestehenszeit des Krisenzentrums, fester oder variabler Einzugsbereich, Qualität der lokalen Versorgungsstrukturen, alternative Verweisungsmöglichkeiten etc. (vgl. die Wiederaufnahmerate des RPTC Edinburgh von 50 %, das seit 1962 besteht und alle Suizidenten der Edinburgher Region aufnimmt) beeinflussen die Wiederaufnahmenraten nicht unerheblich, so daß ihre katamnestic-evaluative Bedeutsamkeit nicht überschätzt werden sollte.

Patienten/Klienten

Geschlecht (%)	weibl.		männl.
II ^a	60,5	:	39,5
III ^b	57	:	43
IV ^c	55,5	:	44,5

Zahlen aus

^a MPI München, KH Am U. Berlin, Stegl. Berlin, Groningen

^b Amsterdam, Den Haag

^c Haarlem, Maastricht

Abb. 3-5 Geschlechtsverteilung

Ein Vergleich der Geschlechtsverteilung zwischen den psychiatrischen und psycho(-sozialen) Krisenzentren (II - IV)⁴¹⁾ ergibt keine auffälligen kategoriespezifischen Unterschiede. Insgesamt läßt sich ein mäßiges Überwiegen des weiblichen Geschlechts feststellen, wobei diese Tendenz in Lyon ungewöhnlich stark ausgeprägt ist (71 : 29).

Eine Übersicht über die Altersverteilung (s. Abb. 3-6) zeigt, zusätzlich zum generellen Überwiegen jüngerer Patienten, einen weiteren Verjüngungstrend des Klientels von II über IV nach V.

Alter (%)	II ^a	IV ^b	V ^c
10 - 19 J.	11	23	28
20 - 29 J.	30	31	38
30 - 39 J.	30	22	20
40 - 49 J.	15	13	10
50 - 59 J.	8	6	3
60 - J.	6	5	1

Zahlen aus

^a MPI München, KH Am Urban Berlin, Klin. Steglitz Berlin

^b CIC Haarlem, KOC Maastricht

^c Oik. Gent, Oik. Leuven, COK Antwerpen

Abb. 3-6 Altersverteilung. Die die einzelnen Statistiken verschiedene Altersabstände zugrunde legten, mußten die Zahlen teilweise extrapolativ auf die obige Einteilung umgerechnet werden.

Sind in II 41 % unter 29 Jahren, so macht dieser Anteil in IV schon mehr als die Hälfte (54 %), in V zwei Drittel aus.

Eine Übersicht über die gemittelten Verweilzeiten in den einzelnen Kategorien zeigt, daß die Intensivstationen mit psychiatrischem Liaisondienst (I) im Schnitt die kürzesten Liegezeiten haben. Die Streubreite ist allerdings erheblich, einzelne Patienten verbleiben 2 (Edinburgh) bis 4 Wochen (München, Heidelberg).

	I	II	III	IV	V
Verweildauer (Tg)	3,6	8,7	ca. 4	4,8	15,8
gemittelt					

Abb. 3-7 Liegezeiten

Von besonderem Interesse ist ein Verweilzeitvergleich zwischen den intramuralen (II) und extramuralen (III) psychiatrischen Kriseninterventionsstationen, denn obgleich sich II und III

hinsichtlich räumlicher Struktur, Teamzusammensetzung, Arbeitsweise und insbesondere Patientengut nicht wesentlich unterscheiden, ist die Verbleibdauer in den extramuralen Einrichtungen nur halb so lang wie auf den Interventionsstationen innerhalb eines Krankenhauses. Es läßt sich nur spekulieren, ob diese Differenz lediglich auf einer strikteren Handhabung eines Verbleibmaximums (1 Woche) in III beruht, oder ob die extramurale Eigenständigkeit von III nicht per se ein Motivans rascherer Intervention darstellt, während sich andererseits die Einbindung in den Krankenhausbetrieb bei II eher nivellierend auswirkt.

Unterscheiden sich II und III hauptsächlich in den Verweilzeiten, so ist bemerkenswert, daß die extramuralen psychiatrischen und psycho(-sozialen) Krisenzentren, also III und IV, die ja in Team- und Klientelzusammensetzung ganz erheblich differieren, sich nun gerade in der Verbleibdauer nicht unterscheiden. Auch hier lediglich Ausdruck einer in III wie in IV ebenso rigide begrenzten Verweilzeit, oder doch Indiz dafür, daß Krisenintervention eine weitgehend unspezifische Therapiemodalität darstellt, die in den verschiedensten Krisensituationen gleichermaßen zur Anwendung kommen kann?

Die längeren Verweilzeiten der (psycho-)sozialen Opvangcentren (V) (insbesondere Oikonde Gent, Oikonde Leuven), deuten auf den längerfristigen, kaum rasch behebbaren Charakter einer zwar krisenhaft verschärften, aber doch präexistent-untergründigen sozialen Problematik hin.

3.2. Aufnahmegrund und Interventionsmodalitäten

nächste Seite

Abb. 3-8 Synopsis der Aufnahmegründe;
Ausmaß der pharmakologischen
Intervention

(%)		Psychose	neurotische Dekompensation	Anpassungsstörung	Alkohol/Drogen	Suizidversuch	Psychopharmaka
I	RPTC Edinburgh					100	(+)
	SAS Heidelberg	14	14	40	23	62	10
	RdI München					100	(+)
II	MPI München	13	19	32	27	35	(+)
	BKH München	5	15	10	15	55	(+)
	Beth. Dortmund	8	66		24	unbekannt	
	Urb. Berlin	5	10-15	60-65	10	50	(+)
	Steg. Berlin	36	15 ^b		13	31	
	AZ Groningen	23	32 ^b		18	24	35
	AZ Leuven	+	++	++	+	50	+
III	KC Amsterdam	ACS ^d			keine	40	+
	CIC Den Haag	30	50		15	30-40	50
IV	CIC Haarlem	2		80	7	4	
	KOC Maastricht	c			8	4 ^a	
	KC Rotterdam	c					
	KOC Gent	6 ^e		62	7	3	+

^a incl. Selbstmorddrohung

^b ICD 300/301 (Neurosen u. Persönlichkeitsstörungen)

^c v. a. psychosoziale Probleme

^d ACS: Acute Crisis Syndrome

^e Borderline

(%)	II	III	IV
Psychose	15	++	(+)
neurot. Dekompensation	19	++	+
Anpassungsstörung	(+)+	(+)+	(+)++
Alkohol/Drogen	18	- ^a	7 ^b
Suizidversuch	41	ca. 40	ca. 4 ^b

^a nur Den Haag (15 %)

^b ohne Rotterdam

Abb. 3-9 Zusammenfassung der Aufnahmegründe

3.2.1. Suizidversuch und Krisenintervention

Die psychiatrische Akutversorgung von Selbstmordpatienten ist essentieller Bestandteil nicht-ambulanter Krisenintervention, muß geradewegs zum Schwerpunkt werden angesichts einer Suizidentenversorgung, die weitgehend als unbefriedigend empfunden wird.

Die vorgestellten Interventionsmodelle sollen Anlaß sein, zu einigen praktikablen Vorschlägen zur Verbesserung dieses Versorgungssektors zu gelangen.

Obgleich nach verschiedenen Statistiken 50 % - 70 % der Selbstmordpatienten als deutlich psychisch gestört eingestuft werden müssen (MÖLLER 1982) bzw. nur 30 % psychiatrisch symptomfrei sind (GIBBONS 1979), scheint eine regelhafte Einweisung aller Suizidenten in eine psychiatrische Klinik zur Sicherung einer frühestmöglichen und umfassenden psychiatrischen Betreuung mehr Nachteile als Vorteile zu bringen (BÖHME 1980). Zudem liegt die Rate der Suizidenten, die nach psychiatrisch-konsiliarischer Evaluierung dann tatsächlich einer psychiatrischen Aufnahme bedürfen, mit 9 % (HAWTON 1979) bis 15 % (GIBBONS 1979)⁴²⁾ relativ niedrig.

Andererseits ist die herkömmliche Art der Suizidentenversorgung, die Entgiftung bzw. chirurgische Versorgung innerhalb eines Allgemeinkrankenhauses mit weitgehend somatischer Zielsetzung alles andere als zufriedenstellend. Der konsiliarische Psychiater, fallweise, wenn überhaupt geholt, dient hauptsächlich der formalen Absicherung der Entlassung, sein Behandlungsangebot hat ebenfalls vorwiegend formalen Charakter (BÖHME 1980), die Inanspruchnahme empfohlener Nachbetreuungsmaßnahmen ist niedrig (MÖLLER 1978).⁴³⁾

Es lag daher nahe, durch sogenannte psychiatrische Liaisondienste, also durch die feste Stationierung eines Teams aus Psychiatern, Sozialarbeitern und z. T. Psychologen auf der Intensivstation eine angemessene psychiatrische Versorgung aller eingelieferten Selbstmordpatienten sicherzustellen, ohne indes auf das Instrument "Psychiatrische Klinik" angewiesen zu sein. Drei derartige Einrichtungen in München, Heidelberg und Edinburgh wurden vorgestellt.

Gegenüber der herkömmlichen Methode der Suizidentenbetreuung besitzen psychiatrische Liaisondienste, wie LAUTER (1982) darlegt, eine Reihe von Vorteilen: Statt der üblichen internistischen Vorselektion sieht der Psychiater alle eingelieferten Suizidenten; statt lediglich Alibi zu sein, ist der Psychiater gleichberechtigter Partner im gemeinsamen administrativ-juristischen Entscheidungsprozeß; statt starrer Konsiliartermine kann die Festlegung des Erstinterviews flexibel erfolgen; fehlender Zeitdruck, Abstimmung psychiatrischer und internistischer Behandlungsaspekte und frühzeitige Einbeziehung des familiären und sozialen Umfeldes erlauben differenzierte Diagnostik, unmittelbare therapeutische Intervention und rechtzeitige Einleitung geeigneter Nachsorgemaßnahmen; der Suizident selbst erlebt die psychiatrische Intervention nicht als diskriminierend, zugleich können stigmatisierende psychiatrische Verlegungen auf ein Mindestmaß reduziert werden; und schließlich baut die feste internistisch-psychiatrische Zusammenarbeit gegenseitige Vorurteile ebenso ab wie latente Aggressionen des therapeutischen Teams gegenüber den Selbstmordpatienten.

Angesichts des nicht unerheblichen Kostenaufwands des Liaisonmodells sei - trotz dieser ja unbestreitbaren Vorzüge - die Frage nach seiner tatsächlichen Effektivität gestattet. Drei Fragenkomplexe ergeben sich in diesem Zusammenhang:

- a) Sind nur Psychiater in der Lage, zuverlässig psychischen Status und Rezidivrisiko des Suizidenten zu beurteilen?
- b) Sind die unmittelbare psychiatrische Intervention an Ort und Stelle und
- c) die vom Liaisonsteam eingeleiteten Nachbetreuungsmaßnahmen katamnestisch als effizienter zu bewerten verglichen mit der üblichen Routinebehandlung?

ad a) Ein Vergleich des "assessment" von intoxikierten Suizidpatienten durch entsprechend geschulte und supervidierte Krankenschwestern einerseits, durch gleichermaßen trainierte Ärzte (5 Psychiater (registrars), 3 Allgemeinärzte) andererseits ergab keine signifikanten Unterschiede (CATALAN 1980).⁴⁴⁾ Suizidpatienten, die von einem speziell ausgebildeten internistisch-medizinischen Team evaluiert wurden, hatten keine höheren Rezidivquoten als die von Psychiatern evaluierten (GARDNER 1977), die Zahl der zur psychiatrischen Weiterbehandlung verlegten Patienten war bei Internisten und Psychiatern gleich (GARDNER 1978).

ad b) Patienten, die nach einem Suizidversuch in das Regional Poisoning Treatment Center (RPTC) der Royal Infirmary, Edinburgh, eingeliefert wurden, hatten eine wesentlich geringere Wiederholungsrate als nichtaufgenommene Suizidenten, wobei es sich als gleichgültig erwies, ob die nichtaufgenommenen Patienten im weiteren zu einem Psychiater überwiesen wurden oder nicht (KENNEDY 1972). Ob allerdings eine unverzügliche, noch an Ort und Stelle einsetzende psychiatrische Behandlung einen zusätzlichen Vorteil

bringt,⁴⁵⁾ ist von LAWSON (1972) in Zweifel gezogen worden.

Wenngleich KREITMAN (1977) diese Arbeit methodisch in Frage stellt, meint er doch:

"Nevertheless the possibility must be considered that it is the temporary withdrawal of the patient from a hostile environment and the amplification of his appeal by such a significant event as being admitted to the hospital which may in fact be 'therapeutic'." (p 148)

ad c) Ein spezielles sozialpsychiatrisches Nachsorgeprogramm für Suizidpatienten des RPTC Edinburgh mit mindestens einem Rezidiv konnte zwar - verglichen mit einer routinemäßig versorgten Kontrollgruppe - die soziale Befindlichkeit der intensiv betreuten Gruppe erhöhen, nicht aber ihre Rezidivquote senken (CHOWDHURY 1973). Die kontrollierte Erprobung eines "task-centered casework" als spezieller Nachsorgemodalität führte zu einem vergleichbaren Ergebnis (GIBBONS 1979).

Andererseits konnte GREER (1971) zeigen, daß in ein Allgemeinkrankenhaus eingewiesene Suizidpatienten, die eine kurzfristige (max. 2 Interviews) bzw. eine längerfristige psychiatrische Behandlung erhielten, im Vergleich mit einer unbehandelten Kontrollgruppe jeweils eine signifikant niedrigere Rezidivrate hatten, wobei die länger nachtherapierte Gruppe insgesamt am besten abschnitt.⁴⁶⁾

Neben den Liaisondiensten, deren Bedeutung als verallgemeinerbares, also nicht auf großklinische (Universitäts-)Zentren beschränktes Modell durch die angeführten Arbeiten wohl eher in Frage gestellt denn untermauert wird, steht ein zweites Modell der Suizidentenversorgung innerhalb der Organisationsformen nicht-ambulanter Krisenintervention zur Diskussion. FEUERLEIN (1978) hatte angesichts der Schwierigkeit, bei manchen Patienten schon nach dem Erstinterview eine definitive Entscheidung über Entlassung oder Weiterbehandlung zu treffen, die Einrichtung einer eigenen Station für diese Patienten vorgeschlagen, da einerseits ihr Verbleib auf der kostenaufwendigen Intensiv-

station (bei den Liaisondiensten bis zu 30 Tagen) nicht mehr nötig ist, andererseits aber eine Verteilung auf gerade freie Betten verschiedener internistischer Stationen des Hauses oder gar eine Verlegung auf eine psychiatrische Station als problematisch erscheint.

Der gleichmäßig hohe Anteil von Suizidpatienten (40 %), den wir im Klientel intramuraler und extramuraler psychiatrischer Krisenstationen fanden, macht deutlich, daß diese Einrichtungen das oben beschriebene Versorgungsdefizit der Suizidentenversorgung mitabdecken können, wodurch ihnen zugleich eine doppelte Funktion im System nicht-ambulanter Akutversorgung zukommt: Rezidivprophylaxe postsuizidaler Krisen und Sekundärprävention akutenpsychiatrischer Zustandsbilder.

Das dargelegte Material zusammenfassend lassen sich folgende Forderungen an eine rationale, also nicht ideal-umfassende, aber doch bezahlbar-effektive Suizidentenversorgung stellen:

- Schwerpunktmäßige Akutversorgung aller Selbstmordpatienten einer Region oder eines Bezirks auf einer diesem Zweck vorbehaltenen Intensivstation eines zentralen Allgemeinkrankenhauses. Der Suizident nicht mehr als eher störender "Mitläufer" in diversen Intensivabteilungen; vielmehr Betonung des in sich therapeutischen Werts der Aufnahme, emotionelle Entlastung durch bewußtes "time-out".
- Versorgung durch ein im Umgang mit Suizidenten erfahrenes und geschultes Team aus Internisten/Anästhesisten und Pflegekräften. Sozialarbeiter sollten verfügbar sein.
- Verlegungsmöglichkeit diagnostisch unklarer bzw. verlängert interventionsbedürftiger Suizidenten auf eine nahegelegene psychiatrische Kriseninterventionsstation, deren psychiatrisches Personal zugleich die Intensivstation betreut.

3.2.2. Anpassungsstörung und Krisenintervention

In seinem Buch "Kurzzeit-Psychotherapie" gibt WOLBERG (1983) auf die Frage, ob eine kurze Hospitalisierungsperiode dem Patienten in einer Krise nicht eine Atempause gebe, folgende Antwort:

"Die Hospitalisierung sollte nur letzter Ausweg sein, da man erkennt, daß sie auf lange Zeit nur wenig erreicht. Tatsächlich wird sie von der Familie als Ausweichmöglichkeit verwendet, sich ihrer Beteiligung an der Krise nicht stellen zu müssen und auch nicht das Familienklima ändern zu müssen, das ursprünglich die Krise förderte."⁴⁷⁾ (p 354)

Stellt WOLBERG damit nicht die Existenz der beschriebenen Krisenzentren grundsätzlich in Frage; deutliche Absage also an diese Form nicht-ambulanter Akutversorgung?⁴⁸⁾ - Oder ein Mißverständnis, ein Übersetzungsmißverständnis, weil "crisis" und "crisis intervention" des amerikanischen Originals (1980) eben nicht einfach mit "Krise" und "Krisenintervention" übertragen werden können, der Unterschied mehr als akademisch ist?

"Crisis", da wird Bezug genommen auf CAPLANs Definition der (emotional) crisis, ist von kurzfristigem Balanceverlust als Reaktion auf einen "hazardous event" die Rede, entsprechend ist "crisis intervention" eine ursprünglich auf dieses Phänomen zugeschnittene Therapieform. Keine Frage, daß die ersten amerikanischen Einrichtungen, die das "intervention"-Konzept pionierhaft in die Praxis umsetzten (z. B. CAPLANs Wellesley-Projekt (1946), BELLAKs Trouble Shooting Clinic (1958), JACOBSONs Benjamin Rush Center for Problems of Living (1962)) ambulant konzipiert waren; kein Wort von kurzstationärer Behandlung und Hospitalisierung.

Mit der Zeit stellte sich jedoch heraus, daß selbst in ambulanten Einrichtungen die "reinen" Krisen in der Minderzahl sind, in der Poliklinik der Psychiatrischen Universitätsklinik Oslo etwa machen sie gerade 12 % aus. Nicht zuletzt, weil mit der strikten Anwendung der CAPLANschen Theorie und den ihr impliziten Handlungsanweisungen kaum der Hälfte der Klienten

geholfen werden konnte, mußte das Konzept des rein ambulant orientierten Krisiszentrum Overvecht (Utrecht) nach 4 Jahren grundlegend geändert werden. Der Idealtypus des gut adaptierten, lediglich durch ein unerwartetes Ereignis aus dem Gleichgewicht gebrachten Klienten fand sich allzu selten, viel häufiger dagegen waren Menschen mit langfristigen, von Zeit zu Zeit sich verschlimmernden psychischen Störungen (DONKER 1982).

COOPER (1979) kam in seinem WHO-Report zu einem ähnlichen Resümee. Auch die eigenen Eindrücke des Autors unterstreichen die allenthalben beobachtbare Tendenz einer zunehmenden Bedeutungslosigkeit der "klassischen" crisis theory für die tägliche Arbeit der Krisenzentren, obgleich gerade diese Theorie bei manchen Einrichtungen wesentlichstes Stimulans ihrer Gründung war. Noch weniger anwendbar erweist sich die crisis theory in der klinischen Praxis einer psychiatrischen Akutaufnahmestation, selbst wenn diese explizit "crisis-oriented" ist (BECK 1972, KENNEDY 1980).⁴⁹⁾

Die Anpassungsstörungen, die ja, wie der Vergleich der einzelnen Einrichtungen zeigte, (s. Abb. 3-8 u. 9), einen erheblichen Anteil der Arbeit psychiatrischer und psychosozialer (v. a. IV) Krisenzentren ausmachen, sind also kaum je Krisen im CAPLANschen Sinne, vielmehr scheinen die Übergänge zu neurotischen Dekompensationen fließend. WOLBERGs Äußerung zielt insofern an diesen Einrichtungen vorbei.

Wenn nun aber die Postulate der crisis theory mangels ihr entsprechender Patienten ihre Gültigkeit in praxi verlieren, wenn es also nicht mehr stimmt, daß die unmittelbare Intervention eine vollständige Readaptation bewirken kann, einfach, weil das Anpassungsvermögen schon zuvor vermindert war, fördern dann die Krisenzentren nicht lediglich eine Drehtürpsychiatrie? Was als Vorwurf klingt, kann aber auch zum Programm werden: Die Funktion der Krisenzentren läge dann gerade darin, durch Intervention in den unvermeidlich wiederkehrenden Krisen das Schlimmste, psychische Fehlentwicklung und lange Hospitalisation, zu verhindern, um dem Patienten so weit wie möglich den Verbleib in seinem Lebensmilieu zu gestatten, unterstützt nur mit ambulanten Mitteln.

3.2.3. Akutpsychose und psychiatrische Intervention

Neben Suizidenten und psychoneurotischen Krisenpatienten gewinnen - zumindest in einigen Einrichtungen - akutpsychotische Patienten als dritte Behandlungsgruppe zunehmende Bedeutung.

Insbesondere die extramuralen psychiatrischen Krisenzentren sehen ihre Hauptaufgabe mittlerweile in der Abwendung einer regulären stationären Aufnahme bei ausgesprochen schweren akutpsychiatrischen Zustandsbildern (vgl. Wandel in Patienten-zusammensetzung und Zielstellung des Krisiszentrum Amsterdam, 2.2.1.), entsprechend höher ist der Anteil dieser Patienten im Vergleich mit den intramuralen Krisenstationen (s. Abb. 3-9). Umso bemerkenswerter, daß die extramuralen Krisenzentren auch unter diesen Umständen mit einem durchaus strikt gehandhabten Verbleibmaximum von einer Woche auskommen, während es auf den Kriseninterventionsstationen (II) gerade die psychotischen Patienten sind, deren Aufenthaltslänge die übliche Verweilzeit am deutlichsten überschreitet (s. z. B. DORN 1979, Anmerkung 50).

Eine gesicherte Bewertung der tatsächlichen Hospitalisierungsprävention bei akuten Psychosen durch nicht-ambulante Krisenzentren ist kaum möglich, die Rate der anschließenden psychiatrischen Verlegungen - denkbare Effektivitätsindiz - wird im allgemeinen nicht getrennt erhoben. Nach Auskunft schwankt sie zwischen 30 % - 50 %.

Da es insgesamt als problematisch erscheint, akutpsychotische Verläufe regelhaft in zeitlich fixierte Behandlungsschemata einzupassen - zudem sind die Befunde über das Ausmaß der kurzfristigen psychopharmakologischen Beeinflußbarkeit akuter endogener Psychosen (z. B. ANDERSON 1976, HAMILL 1975, QUITKIN 1975) widersprüchlich, die als notwendig angesehene Behandlungsdauer schwankt zwischen 3 - 5 Tagen (WEISMAN 1969) und 4 Wochen (QUITKIN 1975) -, da also zeitliche Flexibilität im Umgang mit Akutpsychosen gefordert ist, erhebt sich die Frage, ob gerade das nicht-ambulante Krisenzentrum der geeignete Ort

einer schwerpunktmäßigen Versorgung dieser Patienten sein kann. Wird eine protrahierte stationäre Behandlung notwendig, muß entweder die Kontinuität der Behandlung durch eine Verlegung unterbrochen werden oder aber das Krisenzentrum läuft Gefahr, sein spezifisches Profil zu verlieren. Da zudem das Vorhandensein eines multidisziplinären Teams nicht in dem Maße erforderlich scheint wie bei anderen, nichtpsychotischen Krisenpatienten, lassen sich insgesamt wenig Gründe finden, einer generellen Verlagerung der Akutversorgung endogener Psychosen von den herkömmlichen psychiatrischen Aufnahmestationen in Krisenzentren das Wort zu reden - insbesondere, wenn erstere Teil eines Allgemeinkrankenhauses oder einer innerstädtischen psychiatrischen Klinik sind.

Krisenintervention und Psychose lassen sich noch unter einem anderen Gesichtspunkt in Zusammenhang bringen: Hinweise auf eine Beteiligung situativer Faktoren bei der Auslösung endogener Psychosen (z. B. BROWN 1970, MYERS 1971, 1975, HARDER 1980) erlauben die Frage, inwieweit eine rechtzeitige, jetzt aber nicht pharmakologische, sondern explizit psychosoziale Intervention den späteren Ausbruch der Krankheit verhindern kann. Eine derartige Intervention, für deren Erfolg sich nach HÄFNER (1976, zit. in HÄFNER 1978 a) allerdings bislang keine Beweise erbringen ließen, hätte wohl hauptsächlich ambulant, an Ort und Stelle zu erfolgen. Die hier beschriebenen Krisenzentren besäßen in diesem Bereich dann allenfalls eine untergeordnete Rolle.

3.2.4. Abhängigkeitsprobleme und Krisenintervention

Patienten mit Alkohol-, Drogen- und/oder Medikamentenproblemen machen, wie die Übersicht zeigte (s. Abb. 3-8 u. 9), im Klientel der Krisenzentren einen gar nicht so geringen Anteil aus (7 % - 27 % in II - IV), einen größeren jedenfalls als man nach der so gut wie einhellig geäußerten Meinung hätte erwarten können, daß nämlich gerade Suchtpatienten am wenigsten von den besonderen Modalitäten der Krisenintervention profitieren.

HAUCK (1980) fand dann auch in einer katamnästischen Untersuchung am Kriseninterventionszentrum des KH Am Urban, Berlin, daß dessen Effektivität bei Abhängigen am geringsten war.

Suchtpatienten sind in hohem Maße krisengefährdet, das erklärt ihre nicht unerhebliche Zahl in den einzelnen Einrichtungen; ihre Problematik hat jedoch ausgesprochen langfristigen Charakter, so daß eine punktuelle Intervention, gegebenenfalls eine Entgiftung, kaum bleibenden Erfolg haben werden, wenn nicht zugleich die Motivation zu einer grundsätzlichen Neuorientierung, zum Beginn einer Entzugstherapie etwa, gelingt; doch gerade das scheint in der zur Verfügung stehenden knappen Zeit kaum möglich.

Zwei Auswege aus diesem Dilemma bieten sich an. Für jeden ein Beispiel: Entweder die Aufnahme von Patienten mit einer vorrangigen Suchtproblematik wird generell abgelehnt, insbesondere wenn andere, spezialisierte Einrichtungen am Ort vorhanden sind (Krisiszentrum Amsterdam), oder die Dynamik der aktuellen Krise wird ausgenutzt, um den Abhängigen durch eine dann aber ganz auf dieses Klientel zugeschnittene, drei- bis vierwöchige Intervention auf eine langfristige Entwöhnung zu motivieren und vorzubereiten (Crisisinterventiecentrum "De Ark", Gent).

3.2.5. Zur Technik

Kurztherapie

Die psycho- und soziotherapeutischen Verfahren, die in den Krisenzentren Anwendung finden, bewegen sich allesamt innerhalb eines Kontinuums von "here- and -now"-Management und tiefenpsychologisch orientierter Kurzpsychotherapie. Die Übergänge sind fließend, die Unterschiede eher gradueller denn prinzipieller Natur, bestimmt vorwiegend durch den therapeutischen Hintergrund, den Ausbildungsstand und den Professionalisierungsgrad der jeweiligen Mitarbeiter. Eine reguläre psychoanalytische Fokaltherapie scheint im "setting" einer Kriseninterventionsstation nicht durchführbar (FÜRMAIER 1984). Einzelgespräche, Einbeziehung der Konfliktpartner und flankierende

soziale Hilfen stehen im Vordergrund der Arbeit; ergänzend können Gruppensitzungen und physisch-mentale Entspannungsübungen hinzutreten.

Zum Interventionsrepertoire der psychiatrisch geführten oder mitbetreuten Krisenzentren (I - III) gehören zwei weitere Maßnahmen, die einer kurzen eigenen Betrachtung unterzogen werden sollen: Psychopharmaka und Zwangsmaßnahmen.

Psychopharmaka

Ganz allgemein läßt sich die Tendenz zu einer äußerst restriktiven Anwendung medikamentöser Hilfen beobachten (s. Abb. 3-8). Die pharmakologische Intervention beschränkt sich fast ausschließlich auf Akutpsychosen und Entzugssyndrome, ein regelmäßiger Einsatz von Tranquilizern bei psychischen Krisen wird als obsolet angesehen. Insofern bemerkenswert, als in der Literatur im allgemeinen der positive Einfluß einer unterstützenden Medikation in Krisen betont wird. Nach KERNBERG (1978, p 157) können Pharmaka bei akuter Krisenintervention und mehr auf Symptombesserung ausgerichteter Kurztherapie einen wichtigen Teil der Behandlungsstrategie bilden, BELLAK (1977) vergleicht gar die Rolle psychotroper Substanzen für den Therapeuten mit der von Anästhetika für den Chirurgen. Psychopharmaka sollen zudem die "Regression im Dienst des Ichs" erleichtern (HEUSER 1980).

Besteht aber andererseits nicht die Gefahr, daß der Patient die Applikation von Arzneimitteln in der Krise als Zurückweisung empfindet, ja als "chemische Zwangsjacke", wenn etwa ein massiv sedierendes Pharmakon zum Hauptbestandteil einer akuten Suizidprophylaxe wird (FEUERLEIN 1978)?

Der sparsame Umgang mit Psychopharmaka erklärt sich wohl auch aus dem Selbstverständnis der Krisenzentren, durch intensiven therapeutischen Einsatz nämlich gerade eine Alternative zu bieten zu einer eher unpersönlichen Tablettenverabreichung.

BOMAN (1981) konnte in einer kontrollierten Studie zudem zeigen, daß die Hinzufügung eines Tranquilizers (Lorazepam) zu

einem stationären Interventionsprogramm bei psychischen Krisen keine katamnestic meßbaren Effekte hatte, weder positiver noch negativer Art.

Zwangmaßnahmen

Trotz der Zusammenballung eines erheblichen affektiv-eruptiven Spannungspotentials in den Krisenzentren wirkt die Binnenatmosphäre im allgemeinen einigermaßen entspannt und ruhig, instabil ruhig zwar, aber doch selten explosiv. Nur in Ausnahmefällen muß etwa die Polizei geholt werden.

Abgesehen von der geschlossenen Notfallstation des Bezirkskrankenhauses Haar (hier z. T. Zwangseinweisungen nach dem Bayerischen Unterbringungsgesetz) werden die psychiatrischen Krisenzentren (II, III) offen geführt. In dem Maße jedoch, in dem schwere psychiatrische Zustandsbilder zum Hauptbestandteil der Arbeit werden, sind zusätzliche Sicherungsmaßnahmen (Isolierzimmer, Videoüberwachung etc.) installiert.⁵¹⁾

Obgleich mit den Krisen- und Notfallzentren ohne Frage ein Optimum humaner Akutversorgung zur Verfügung steht, scheint es beinahe, als könnte selbst unter diesen Umständen eine Notfallpsychiatrie nicht völlig ohne die Anwendung dieser, das Ansehen der Psychiatrie so beeinträchtigenden Maßnahmen auskommen.

3.3. Zugangsweg und Weiterverweisung

Etwa ein Drittel der Patienten psychiatrischer Liaison- und Kriseninterventionsstationen war schon früher in psychiatrischer Behandlung, ebenso hatten die meisten Klienten psychosozialer Krisenzentren schon zuvor Kontakt mit Sozialarbeitern, Fürsorgeeinrichtungen u. ä.

Andererseits wird kaum eine Intervention beendet - insbesondere nicht in psychiatrischen Einrichtungen - ohne daß nicht zugleich irgendeine Form der Nachbetreuung eingeleitet wurde. In Groningen werden gerade 2 % der Patienten des Crisiscentrum als nicht nachsorgebedürftig angesehen, auf der Kriseninterventionsstation des Klinikums Steglitz, Berlin, sind es 5 %, von

			Selbsteinweisung	Angehörige, Freunde	Polizei	Hausarzt, anderer Arzt	Nervenarzt	Wohlfahrtseinrichtung, Sozialdienst u. ä.	Krankenhaus	frühere psychiatrische Behandlung
I	RPTC	Edinburgh	+	+	+	+	+	+	+	35
	SAS	Heidelberg	+	+	+	+	+	+	+	12
	RdI	München								45
II	MPI	München	12			13	13		62	
	BKH	München	+	+	++(+)	+	+	+	+	ca. 30
	Beth.	Dortmund	+	+	+	+	+	+	+	unbek.
	Urb.	Berlin	ca. 10	+	+	ca. 8	+	+	50 ^a	ca. 10
	Steg.	Berlin				unbekannt				
	AZ	Groningen	⌋6⌋		4	33	12 ^b	9	33	39
	AZ	Leuven	⌋(+)⌋		-	+	+	+	50 ^a	unbek.
III	KC	Amsterdam	-	-	-	-	53 ^c	-	47 ^d	43
	CIC	Den Haag	-	-	-	-	100 ^c	-	-	unbek.
IV	CIC	Haarlem	⌋45⌋		12	10	1	5	4	ca. 20
	KOC	Maastricht	⌋46⌋		11	6	11	24	-	unbek.
	KC	Rotterdam	43	9	20	3	4	19	2	unbek.
	KOC	Gent	24	16	17	12	2	22	6	unbek.
V	Oik.	Gent	5	9	3	-	-	70	-	unbek.
	Oik.	Leuven	23	6	13	-	-	50	8	unbek.
	COK	Antwerpen	14	3	10	⌋3⌋			68	⌋⌋ unbek.

^a via Rettungsstelle des eigenen Krankenhauses

^b sozialpsychiatrischer Dienst

^c Gemeindepsychiater

^d via Notaufnahme des benachbarten Wilhelmina Gasthuis

Abb. 3-10 Zugangswege der Krisenzentren

den Patienten der psychiatrischen Aufnahme- und station des Max-Planck-Instituts München bleiben lediglich 12 % ohne Weiterbetreuung.⁵²⁾

Die drei Beispiele, die sich beliebig fortsetzen ließen, machen deutlich, daß Krisenzentren nicht isoliert, getrennt von den übrigen Versorgungsstrukturen gesehen werden können. Da die Patienten nicht einfach als "geheilt" entlassen werden, ist die Einbindung des Krisenzentrums in ein engmaschiges Netz komplementärer Nachsorgemöglichkeiten geradezu eine *conditio sine qua non* einer langfristig erfolgreichen Intervention. Anhand der in den Abbildungen 3-10 bis 3-14 zusammengefaßten Zugangs- und Weiterleitungswege der einzelnen Krisenzentren bzw. ihrer kategorialen Obergruppen soll versucht werden, die verschiedenen Verweisungskanäle in diesem Beziehungsgefüge etwas näher zu untersuchen.

Zugangswege

(%)	I	II	III	IV	V
Selbsteinweisung	+		-		14
Angehörige, Freunde	+		-		6
Polizei	+	+ ^a	-	15	9
Hausarzt, and. Arzt	+	+	-	8	-
Nervenarzt	+	+	+++ ^b	5	-
Wohlfahrtseinrichtung, Sozialdienst u. ä.	+	+ ^c	-	18	63
Krankenhaus	+	49	(+) ^d	4 ^e	(+) ^f

a ohne MPI München, AZ Leuven

b Gemeindepsychiater

c ohne MPI München

d nur Amsterdam

e ohne Maastricht

f ohne Oikonde Gent

Abb. 3-11 Zugangswege in den einzelnen Kategorien

Ein Vergleich des Anteils von selbst- bzw. angehörigenvermittelten Einweisungen zeigt eine erhebliche Differenz zwischen (I)⁵³, II, V einerseits und IV andererseits. Das Krankenhaus-ambiente auf der einen Seite, Niederschwelligkeit und Extramuralität auf der anderen Seite, könnten den Unterschied zwischen II und IV erklären. Die Divergenz zwischen IV und V mag zum einen daher rühren, daß die Klienten von V nicht zum geringsten ortsfremde Nichtseßhafte sind (die meisten Selbsteinweisungen sind hier Wiederaufnahmen), zum anderen daher, daß die Klienten, erlahmt vom endlosen "opvangcircuit", ihrer eigenen Notlage relativ indolent gegenüberstehen.

Die Zahlen scheinen diese Mutmaßung insofern zu stützen, als die Einweisungsrate via Institutionen, verglichen mit IV, in V ungleich höher liegt; sie macht, wie in II rund die Hälfte aller Zugänge aus. Erhalten die (psycho-)sozialen Krisenzentren ihre Klienten v. a. über Wohlfahrtseinrichtungen, Sozialdienste u. ä., so ist für die psychiatrische Krisenstation die Notaufnahme des (eigenen) Krankenhauses die wichtigste Einweisungsinstanz.

Bei der Einlieferung durch die Polizei handelt es sich bei II z. T. um Zwangseinweisungen, bei IV und V dagegen werden durch die Polizei (meist in enger Kooperation mit den Krisenzentren, z. B. AMOK Antwerpen, CIC Antwerpen) v. a. auf der Straße aufgegriffene "runaways", Nichtseßhafte etc. zur vorläufigen (und freiwilligen) Unterbringung eingewiesen.

Der Anteil des Hausarztes unter den einweisenden Instanzen liegt bei II und IV fast gleichmäßig um 10 % (Ausnahme Groningen 33 %), der der Nervenärzte noch etwas darunter. Inwieweit der niedergelassene Arzt, im besonderen der praktische Arzt, im Vorfeld einer nicht-ambulanten Krisenintervention überhaupt eingeschaltet wird und ob die vielfach betonte Bedeutung des Hausarztes gerade in der primärpsychiatrischen Versorgung auch in diesem Bereich zum Tragen kommt, läßt sich anhand der vorliegenden Zahlen wohl schwerlich beurteilen.

Eine gesonderte Betrachtung verdient die Regelung des Zugangs in den beiden extramuralen psychiatrischen Krisenzentren (III).

Einweisungsberechtigt ist nur der städtische, auch mobil eingreifende Psychiater (in Amsterdam zusätzlich die Notaufnahme des unmittelbar benachbarten Wilhelmina Gasthuis). Ein derartiges Organisationsmodell, bei der die Selektionsfunktion weitgehend auf eine vorgeschaltete externe Instanz übertragen wird, kann, wie die beiden niederländischen Beispiele zeigen, problemlos funktionieren, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind: Ein im Krisenmanagement erfahrener externer Psychiater, der dank eines intensiven Informationsaustausches mit den internen Mitarbeitern genau über die therapeutischen Möglichkeiten und Grenzen des Krisenzentrums Bescheid weiß, ein durch enggefaßte Zugangskriterien stark selektionierte Klientel und ein im Umgang mit diesen Patienten erfahrenes Interventions-team.

Während die frei zugänglichen Krisenzentren (v. a. IV) gerade durch ihre Niederschwelligkeit nicht unerheblich in ambulante Interventionen involviert werden und zugleich Gefahr laufen, neben der Deckung einer Versorgungslücke selbst wieder neue Bedürfnisse zu schaffen (vgl. die hohen Selbsteinweisungsquoten), stellt der Zugangsmodus der III-Krisenzentren eine interessante Alternative dar, organisatorischen Leerlauf, ungezielte Einweisungen und unnötige Aufnahmen mit vager Indikationsstellung zu vermeiden.

Das Beispiel macht aber auch deutlich, daß einer isolierten Übertragung eines bestimmten Organisationsmodells nicht-ambulanter Krisenintervention (z. B. extramurales psychiatrisches Kriseninterventionszentrum) in ein anderes Land insofern Grenzen gesetzt sind, als auch nach einer exakten, sozusagen maßstabsgetreuen Übertragung der Binnenstruktur des Krisenzentrums zwangsläufig immer dann Probleme auftreten müssen, wenn nicht zugleich den teilweise erheblichen Unterschieden in den Gegebenheiten des jeweiligen Versorgungssystems (z. B. Existenz

nächste Seite

Abb. 3-12 Weiterverweisungswege

(%)		nach Hause, Familie	ambulante Nach- betreuung	Hausarzt	stationäre Nachbetreuung	Heim u. ä.	anderes
I	RPTC Edinburgh	85-90			10-15		
	SAS Heidelberg	87	[ca. 65]	[ca. 13]	10	3	
	RdI München	80	[73]		18		2
II	MPI München	83	[60]	[11]	16		1
	BKH Haar	80	[10] ^b		15	5	
	Beth. Dortmund	unbekannt					
	Urb. Berlin	>—70-80—<	[20]		20-30		
	Steg. Berlin	87	[82]		13		
	AZ Groningen	75-80	[47]	[10]	25		7
	AZ Leuven	>—ca. 75—<			ca. 25		
III	KC Amsterdam	>—56—<			26	8	10
	CIC Den Haag	>—65—<			27		8
IV	CIC Haarlem	65	[12]	[3]	7	10	8
	KOC Maastricht	55-75	[25]		5	22	
	KC Rotterdam	68	[35]	[2]	7	25	
	KOC Gent	58	[18]		5	13	24
V	Oik. Gent	63				20	17 ^c
	Oik. Leuven	46			3	15	36 ^d
	COK Antwerpen	61			3	17	22 ^e

^b eigene Ambulanz
^{c-e} vorzeitig weggeblieben:
 14 (c)
 27 (d)
 13 (e)

bzw. Nichtexistenz eines mobilen Stadtpsychiaters) Rechnung getragen wird.

Weiterverweisung und Nachbetreuung

	I	II	III	IV	V
Nach Hause	85	80	61	64	57
ambulante Nachbetreuung	69 ^a	≥ 60 ^c	+++	23	- ^b
Hausarzt	~10 ^a	~15	(+)	≤ 3	- ^b
Stationäre Nachbetreuung	14	20	27	6	~3 ^d
Heim	- ^b	- ^b	(+)	18	17
Sonstiges	- ^b	- ^b	9	+	25 ^e

-
- ^a in RPTC Edinburgh fast nur General Practitioner
^b nur in Ausnahmefällen
^c ohne Groningen (47 %)
^d ohne Oik. Gent
^e insbesondere vorzeitiges Wegbleiben

Abb. 3-13 Weiterverweisungswege in den einzelnen Kategorien

Rund 80 % der Patienten der psychiatrischen Liaison- und Kriseninterventionsstationen können nach Abschluß der Intervention ohne weitere stationäre Versorgung nach Hause entlassen werden, allerdings sind 60 % - 70 % für irgendeine Form ambulanter Nachsorge vorgesehen. Bei den extramuralen Krisenzentren sinkt die Rate der nach Hause Entlassenen auf etwa zwei Drittel, bei III z. T. bedingt durch eine größere Zahl stationärer Verlegungen (der Anteil psychotischer Patienten liegt hier auch etwas höher), bei IV und V hauptsächlich durch anschließende Verweisungen in Wohnheime, Einrichtungen der Jugendfürsorge

etc. Eine Rückkehr nach Hause kommt hier oft schon deswegen nicht in Betracht, weil ein derartiger Bezugspunkt schon lange nicht mehr existiert. Motivation zu eigenständigem Wohnen und dessen Arrangement werden in diesen Fällen zur Hauptaufgabe der Intervention. So gesehen gibt der Anteil von 66 %, der bei V unter der Kategorie "nach Hause" zusammengefaßt wurde, ein etwas falsches Bild, als es sich häufig nicht um eine Rückkehr in das vertraute Lebensmilieu sondern um den durchaus gefährdeten Versuch handelt, in einer eigenen Wohnung wieder ein selbständiges Leben zu führen.

Die hohe Zahl von Patienten, die einer ambulanten Nachsorge bedürfen, wirft ein nicht zu unterschätzendes Organisationsproblem auf. Wie bei kaum einer anderen Institution hängt gerade bei den nicht-ambulanten Krisenzentren der langfristige Erfolg der eigenen Anstrengungen ganz wesentlich von der späteren Inanspruchnahme der vorgesehenen Nachbetreuungsmaßnahmen ab. Die Arbeit des Krisenzentrums darf nicht mit der Entlassung und der Mitgabe einiger Adressen ihr Ende finden. Die am Hôpital E. Herriot, Lyon, zunächst beobachtete massive Schwundrate bei der ambulanten Überweisung konnte entscheidend gesenkt werden, seit der Psychiater selbst den ersten Nachtermin fest vereinbart und der Patient gegebenenfalls direkt zu der entsprechenden Institution begleitet wird. Die geringe "drop-out"-Rate im Crisisinterventiecentrum Den Haag wird durch die ausgezeichnete Kooperation mit den nachsorgenden Instanzen erklärt. Die Rückmeldung über abgebliebene Patienten gestattet den Mitarbeitern eine realistische Einschätzung des Erfolgs der eigenen Überweisungsbemühungen.

Seit die herausragende Bedeutung der festen Terminabsprache bei der Verbesserung der Inanspruchnahme zumindest für Suizidpatienten bekannt ist (MÖLLER 1978, 1981, 1982 a), sollte diese Maßnahme allgemeine Anwendung finden.

Es ist zu erwägen, ob die "compliance" nicht dadurch zu verbessern wäre, daß entweder, wenn nur wenige Nachtermine nötig scheinen, die Nachbetreuung von den schon vertrauten Mitarbeitern des Krisenzentrums durchgeführt wird - sofern die organisatorischen und personellen Gegebenheiten dies gestatten⁵⁴⁾ -, oder daß die nachbehandelnde Institution schon während des

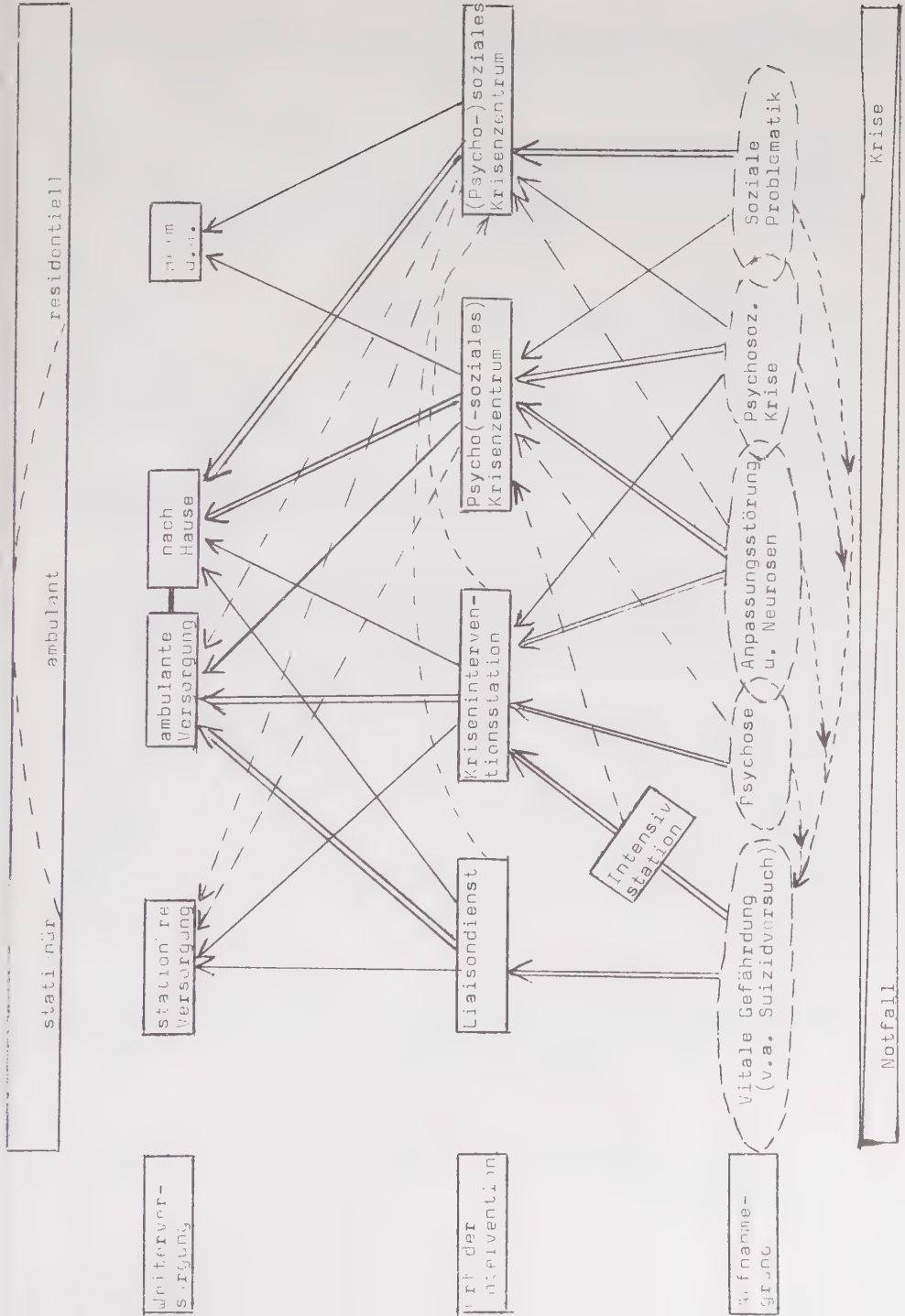
stationären Aufenthalts Kontakt mit ihren zukünftigen Patienten aufnimmt.

Daß die ganze Konzeption der Krisenzentren der Forderung einer "continuity of care" prinzipiell zuwiderläuft, läßt sich nicht verkennen. Daß jedoch bisweilen psychiatrisches Erstinterview, stationäre Intervention und Nachbetreuung von drei völlig verschiedenen Instanzen durchgeführt werden, muß keine zwangsläufige Folge dieser Feststellung sein, sondern ist, bis zu einem gewissen Grade, eher eine Frage der Organisation.

Abschließend soll Abb. 3-14 eine graphisch-synoptische Zusammenfassung der wichtigsten Beziehungsstrukturen zwischen Aufnahmegrund, Interventionsstätte und Nachsorgemodus geben.

nächste Seite

Abb. 3-14 Beziehungsgefüge



4. Krisenintervention, Notfallpsychiatrie und Gesundheitspolitik - Versuch einer Standortbestimmung

Bevor nun, zum Abschluß dieser Arbeit, eine zumindest vorläufige Beurteilung des versorgungspolitischen Stellenwerts nicht-ambulanter Krisenintervention versucht werden soll, scheint es nötig, zunächst zwei grundsätzliche Fragen abzuklären:

- Inwieweit läßt sich die Effektivität der Krisenzentren objektiv belegen? (4.1.)
- Inwieweit ist Krisenintervention als Verfahrensmodus überhaupt auf separate und eigenständige Einrichtungen angewiesen? (4.2.)

4.1. Zur Effektivität

Soweit übersehbar, fand an den beschriebenen Krisenzentren so gut wie keine explizite Evaluationsforschung statt (Ausnahme RPTC Edinburgh). Die starke klinische Beanspruchung des Personals erlaubt kaum mehr als die Erhebung eines statistisch-deskriptiven Datensatzes, die erheblichen organisatorischen und logistischen Probleme, die sich gerade in diesem Bereich einer follow-up Studie in den Weg stellen - HAUCK (1980) erhielt in einer katamnestischen Untersuchung an der Kriseninterventionsstation des KH Am Urban, Berlin, gerade von einem Drittel der in Frage kommenden Patienten ausreichend Daten - lassen sich ohne zusätzliche, eigens für ein derartiges Forschungsvorhaben abgestellte Mitarbeiter kaum bewältigen.

Ein Blick in die amerikanische Literatur läßt im wesentlichen drei Methoden der katamnestischen Evaluationsforschung von Kriseninterventionsstationen erkennen:

- Bestimmung der Rehospitalisierungsraten in einer definierten Zeitspanne nach der Entlassung (z. B. WEISMAN 1969, RHINE 1971)⁵⁵⁾

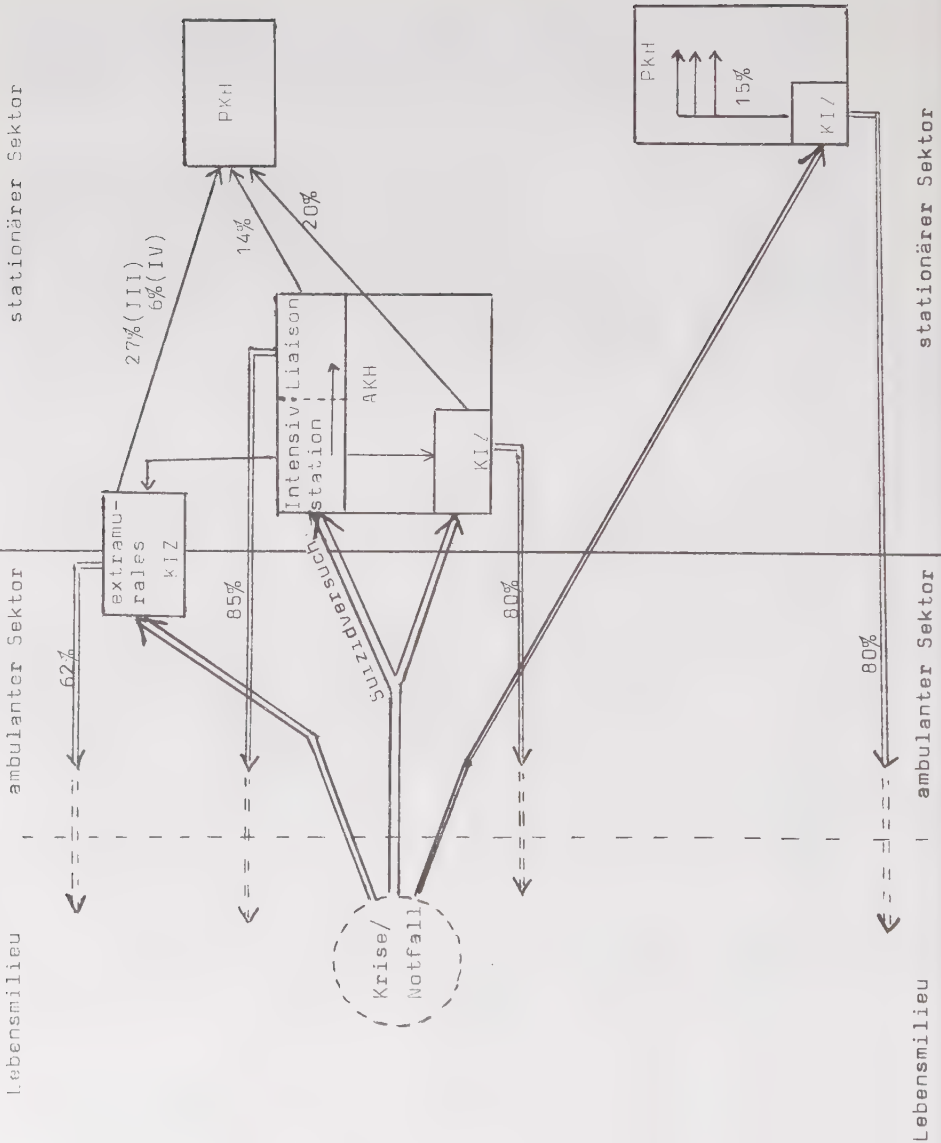
- follow-up Vergleich zwischen zwei ähnlich strukturierten Patientengruppen, von denen die eine vor, die andere nach Einrichtung (also in) einer Krisenstation behandelt wurde (z. B. DECKER 1972)
- follow-up Vergleich zwischen zwei Patientengruppen, die entweder einer Krisenstation oder einer herkömmlichen psychiatrischen Station zugeteilt wurden (z. B. HEG 1979 (randomisiert), SPAULDING 1976)⁵⁶⁾

Während diese Arbeiten, grob zusammengefaßt, insgesamt einen in der Tendenz positiven Effekt der (amerikanischen) Einrichtungen beschreiben, liegen für europäische Einrichtungen kaum vergleichbare Untersuchungen vor. Der empirisch-klinisch empfundene Nutzen der Krisenzentren mag manchem Mitarbeiter eine zusätzliche, methodisch oft problematische evaluative Absicherung als der Mühe nicht wert erscheinen lassen. So wird man COOPER (1982) zustimmen können, wenn er schreibt:

"In spite of the lack of sound evidence that crisis units are effective, they are still popular and they are being set up in a number of countries. (...) I think this is the sort of service development that takes place, whether or not it is properly assessed, because it is popular and it seems reasonable to those who do the work."

Wenn der Nachweis einer langfristig wirksamen Effektivität der Krisenzentren auch weiter aussteht, soll doch anhand der in dieser Arbeit gewonnenen Zahlen versucht werden, wenigstens den kurzfristigen Erfolg der Intervention einigermaßen exakt abzuschätzen. Als Indikator seien die Weiterverweisungswege gewählt. Angesichts der Konzeption nicht-ambulanter Krisenintervention als vor-stationärem Auffang mag die Entlassung nach Hause als erfolgreiche Prävention einer drohenden Hospitalisierung in begrenztem Maße als Erfolgskriterium Geltung besitzen. Abb. 4-1 soll Filterwirkung und Rückleitpotential des vorgeschobenen Auffangpostens "Krisenzentrum" für die verschiedenen Modelle (außer V) anschaulich machen.

Abb. 4-1 Filterwirkung der
Krisenzentren



Eine primär-unmittelbare Wirksamkeit wird man demzufolge den Krisenzentren nicht absprechen können. Ob die Entlassung nach Hause allerdings mehr "ideologisch" oder therapeutisch begründet ist, ob die Intervention über den Tag hinaus Bestand haben wird und ob nicht - unsere zweite grundsätzliche Frage - auch eine andere Institution ähnlich effizient, oder noch effizienter hätte eingreifen können, darüber gestatten diese Daten jedoch keinen Aufschluß.

4.2. Eigenständigkeit oder Strategie

Die Geschichte der Krisenintervention in den Niederlanden nahm mit einem dreitägigen, 1969 in Utrecht zu diesem Thema abgehaltenen Kongreß ihren Anfang. Amerikanische oder in den USA ausgebildete holländische Experten berichteten über die theoretischen Grundlagen von "crisis intervention" und über die praktischen Erfahrungen, die in Übersee mit den neugegründeten Krisenzentren gemacht wurden. Die Idee jedoch, auch in den Niederlanden separate, nur auf Krisenintervention spezialisierte Zentren zu gründen, wurde, wie DONKER (1982) berichtet, auf dem Kongreß entschieden verworfen; hätten damit doch bloß die bestehenden Einrichtungen eine Entschuldigung, auch weiter so "bürokratisch und träge" zu arbeiten wie bisher.⁵⁷⁾ Krisenintervention sollte vielmehr in die Hilfsprogramme bestehender Einrichtungen integriert werden, deren Flexibilität entsprechend zu erhöhen sei (s. a. GOOR 1969).

Wäre dieser Empfehlung allgemein Folge geleistet worden - die vorliegende Arbeit gäbe es nicht. Andererseits hat die "normative Kraft des Faktischen" die obigen Bedenken keineswegs außer Kraft gesetzt, ja der damalige Argwohn erscheint nachträglich mehr als gerechtfertigt, wirft man nur einen Blick auf die Aufnahmezeiten nicht-ambulanter Krisenzentren (Abb. 4-2).

Aufnahmezeiten %	KC Amsterdam	CIC Haarlem	KOC Maastricht
während der Bürostunden	35	27,7	32
außerhalb der Bürostunden	65	68,8	68
außerhalb des Wochenendes	70	63,5	66
am Wochenende	30	34,5	34

Abb. 4-2 Aufnahmezeiten

Danach werden rund zwei Drittel der Patienten jenseits der werktäglichen Bürostunden aufgenommen, dann also, wenn auch die ambulanten sozialpsychiatrischen Einrichtungen, da geschlossen, nicht mehr verfügbar sind. Die Frage drängt sich auf, in welchem Maße insbesondere die psychosozialen Krisenzentren bisher eine unverwechselbar-eigene Effektivität entfalten konnten, die über die unspezifische Wirkung eines Lückenbüßers hinausgeht.

Die landesweite Einführung sogenannter RIAGGs (Regionale Institutionen zur ambulanten geistigen Gesundheitssorge) hat mittlerweile Bewegung in das Versorgungssystem gebracht. Da jede RIAGG neben der kompletten ambulanten psychiatrisch/psychotherapeutischen Distriktversorgung auch zu einer 24^h-Bereitschaft verpflichtet ist, können und sollen die nicht-ambulanten extramuralen Krisenzentren in Zukunft eine spezifiziertere, voraussichtlich mehr psychiatrisch ausgerichtete Funktion wahrnehmen - etwa als in die Gemeinde vorgeschobener Satellit eines Psychiatrischen Landeskrankenhauses.

Die Arbeiten von GÖTTE (1982) und ELCHARDUS (1983) legen nahe, daß die Krisen- und Notfallzentren ein eigenes, abgrenzbares - und somit ihre Eigenständigkeit rechtfertigendes - Klientel versorgen. Nach ELCHARDUS lassen sich Patienten psychiatrischer Hospitäler wie sektorialer Dispensaires nicht mit Patienten in Übereinstimmung bringen, die eine Kurzhospitalisierung in einem psychiatrisch-medizinischen Notfall- und Krisenzentrum (in diesem Fall dem Service d'urgence des Hôpital E. Herriot, Lyon)

erfahren. Für ein mehr psychosozial orientiertes Krisenzentrum konnte GÖTTE in einer Untersuchung auf der Kriseninterventionsstation des KH Am Urban, Berlin, nachweisen, daß sich die Patienten der Krisenstation von denen anderer psychiatrischer Abteilungen des Hauses signifikant in Diagnose, Altersaufbau und Berufszugehörigkeit unterscheiden.

Krisenintervention also mittels separater Instrumentarien, oder doch eher als "Strategie" (LIEVENS 1981 a), die darauf abzielt, durch eine Verbesserung von Organisation und Zusammenarbeit bestehender Einrichtungen eine adäquatere Akutversorgung erreichen zu können.

Ein paar Beispiele für den Einbau von Krisenintervention in schon existente Versorgungsstrukturen sollen das funktionell-strategische Verständnis von Krisenintervention verdeutlichen.

- Der Emergency Psychiatric Service, der Tag und Nacht im Emergency Room des Colorado General Hospital stationiert ist, kann mit über die Emergency-Room-Betten verfügen, die für eine maximal 24stündige Unterbringung bereitstehen. Von den in diesen Betten kurzzeithospitalisierten psychiatrischen Patienten (mittlere Liegezeit 16,5^h) konnten rund zwei Drittel direkt wieder nach Hause entlassen werden (KRITZER 1968).⁵⁸⁾ Die provisorischen "Krisenbetten" (vgl. 2.3., Anhang 4) erlauben offensichtlich, unnötige stationäre Verlegungen bis zu einem gewissen Grad abzufangen.
- Obgleich die (ambulante) Emergency Clinic des Maudsley Hospital, London, eine der ältesten Einrichtungen dieser Art in Europa, strukturell eher einer regulären Poliklinik ähnelt, hat sie, unter dem Druck eines entsprechenden Bedarfs, mittlerweile eine Reihe von Arbeitsmethoden adaptiert, die sie mit einem als solchen spezialisierten Krisenzentrum vergleichbar machen (COOPER 1979). Ein eigener Eingang, erweiterte Räumlichkeiten und die Möglichkeit, Patienten über Nacht auf einer Station, die gerade ein Bett frei hat, unterbringen zu können, lassen die Emergency Clinic Funktionen wahrnehmen, die ansonsten

von separaten Krisenzentren, von "walk-in clinics" ausgeübt werden.

"Despite its hospital base, it (the Emergency Clinic, C. A.) is now widely used by the community as evidenced by the high proportion of non-medical and self-referrals" (LIM 1981, p 11)

- Seit 1974 wurde in der Medizinischen Klinik der Städtischen Kliniken Darmstadt, einem Schwerpunktkrankenhaus ohne psychiatrische Abteilung, ein Hilfsprogramm für die eingelieferten Suizidpatienten aufgebaut. Das Projekt wurde in das Modellprogramm "Psychiatrie" der Bundesregierung aufgenommen. Jeder Patient erhält nach der intensivmedizinischen Versorgung die Möglichkeit zu Einzelgesprächen, es gibt eine offene Patientengruppe (1 x/Woche), weiterführende psychosoziale Hilfen durch externe Einrichtungen werden vermittelt. Genutzt werden Betten auf allen Stationen, im Ambulanzbereich steht ein 3-Bett-Zimmer für Kurzaufenthalte bis zu 24 Stunden zur Verfügung. Beteiligt sind alle Ärzte und Schwestern, zusätzlich 1 Psychologe und 2 Sozialarbeiter; kein Psychiater. Das Personal nimmt regelmäßig an Fortbildungsveranstaltungen teil.

Das Hilfsangebot erreichte, wie RÖLZ (1980) berichtet, rund zwei Drittel der Suizidenten, von 168 katamnestisch befragten Suizidpatienten hielten 3 die Teilnahme an Gruppengesprächen für förderlich (insgesamt teilgenommen hatten 21), die katamnestisch ermittelte Rezidivquote stieg nach Einführung des Hilfsprogramms von 8,2 % auf 19,6 %.

- Während bisher vom Einbau von Krisenintervention in einzelne Einrichtungen die Rede war, wird in einem gemeinsamen Projekt der "Arrondissementeel Welzijnsorganisme Dendermonde" und der "Nationale Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg" versucht, in einem flämischen Städtchen (Dendermonde) mobile, ambulante und residentuell-stationäre Krisenintervention mit einer 24-Stunden-Bereitschaft durch geeignete Kooperationsweisen im Rahmen bestehender Versorgungsstrukturen zu verwirklichen.

"Het gaat hier dus niet om een nieuwe dienst of (dt.: oder) instelling, maar om de verbetering van bestaande doorverwijs- en interventiemogelijkheden." (JANSSENS 1983, p 2).

Das Projekt, bei dem mehr als ein Dutzend verschiedener Institutionen und Interessenverbände (Polizei, Jugend- und Sozialfürsorge, Hausärzte, Nichtseßhaftenheime, Krankenhäuser usw.) unter einen Hut zu bringen sind, ist noch in der Entwicklungsphase. Erste Ergebnisse bleiben mit Spannung abzuwarten.

Als weiterer Gesichtspunkt der Kontroverse Eigenständigkeit vs. Strategie erhebt sich die Frage, ob die Einrichtung einer psychiatrischen Krisenstation innerhalb eines Krankenhausbetriebs auch dann noch sinnvoll ist, wenn zugleich andere psychiatrische Abteilungen bestehen. Nach HÄFNER sei es

"zweckmäßiger, in einem psychiatrischen Krankenhaus mit regionalem Versorgungsauftrag die große Last der stationären Krisenbehandlung mit ihrem intensiven Nachsorgeanteil auf mehrere Stationen zu verteilen" (1978 b, p 8),

vorausgesetzt, daß alle Abteilungen eines psychiatrischen Krankenhauses direkten Zugang zu vor- und nachstationärer Betreuung einschließlich eines Sozialarbeiters haben. Diese Forderung sei in jeder Hinsicht sinnvoll, da auch die mittel- und langfristig behandelten Patienten zu einem wesentlichen Anteil sozialer Hilfen bedürften. Andererseits könnten bei diesem System die Ärzte versucht sein, Krisenpatienten länger als notwendig zu behalten. Institutionelle Lösung - neben (oder statt) einer generellen Politik der Frühentlassung - sei eine Krisenstation mit scharf begrenzter Aufenthaltsdauer (HÄFNER 1977).

Noch zwei Erwägungen:

- durch die Einführung einer 14-Betten Crisis Unit (maximale Verbleibszeit 3 Tage) an einem Mental Hospital konnte die Rate der kurzfristig wieder entlassungsfähigen Krisenpatienten erheblich gesteigert werden im Vergleich mit zuvor, als die Krisenpatienten über die verschiedenen psychiatrischen Stationen verstreut lagen. (VOINESKOS 1974)

- Sind die psychiatrischen Hospitäler allzu starr ihren traditionellen Arbeitsweisen verhaftet, besteht die Gefahr, daß Krisenpatienten statt für einige Tage für Wochen hospitalisiert werden (RHINE 1971).

Wenn aber die stationäre psychiatrische Behandlung insgesamt "moderner", also intensiver, entlassungsfreudiger wird, wenn es, wie KENNEDY (1980) in einer randomisierten Studie zeigen konnte, möglich ist, die Verweildauer auf einer allgemein-psychiatrischen Aufnahmestation durch organisatorische Straffung und therapeutische Optimierung um mehr als die Hälfte (von 24 auf 11 Tage) zu senken, ohne daß dem Patienten noch seiner Familie Nachteile entstehen, - entfallen unter diesen Umständen nicht zugleich RHINES Einwand und die Voraussetzungen von VOINESKOS' Untersuchung? 59)

Anläßlich einer Umfrage HÄFNERs (1977) bei deutschsprachigen psychiatrischen Krankenhäusern und Universitätskliniken gaben 14 von 38 antwortenden Institutionen an, eine Notfall- oder Krisenstation zu besitzen. Im Gegensatz zur Bettenzahl (30 BRD, 20 A, CH) unterschieden sich diese Stationen, bei denen es sich nach HÄFNER durchwegs um die jeweilige Akutaufnahmestation handelte, in der Liegezeit (11,1 Tage BRD, 5,6 Tage A, CH) so gut wie nicht von den von uns als spezifizierte Krisenstationen ermittelten Einrichtungen. Erweist sich also die in diesem Zusammenhang aufgeworfene Entscheidungsfrage "eigene Krisenstation oder allgemeinpsychiatrische (Aufnahme-)Station" als künstliche Alternative, weil der (angebliche) Unterschied vor allem zu einer Frage des Etiketts reduziert wird? - Andererseits, während in den von HÄFNER erfaßten Stationen die endogenen Psychosen und Alkoholdelirien in der relativen Häufigkeit ganz oben und die (psycho-)sozialen Krisen ziemlich weit unten rangieren, ist dieses Verhältnis in den von uns beschriebenen Krisenzentren eher umgekehrt (vgl. etwa KH Am Urban, Berlin, Dortmund).

Während die separate psychiatrische Krisenstation für schwere psychiatrische Akutsyndrome weitgehend auf in diesem Bereich unterversorgte Bereiche (vgl. Krisiszentrum Amsterdam) be-

schränkt bleiben sollte, ihre Verselbständigung in einem psychiatrischen Krankenhaus unter den postulierten Voraussetzungen dagegen weniger vorteilhaft scheint, läßt sich die Berechtigung einer eigenständigen, kurzpsychotherapeutisch/psychosozial orientierten Krisenstation durchaus erwägen. Doch wo sie einrichten? Die Lage der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser widerspricht zumeist der Forderung nach Gemeindenähe, das weitgehende Fehlen allgemeinspsychiatrischer Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus andererseits ließe sie dort bald zu einer allgemeinspsychiatrischen Auffangstation werden. Als Ausweg bliebe die extramurale Eigenständigkeit, für die Beispiele aus Holland und Belgien vorgelegt wurden. Allerdings könnte wohl gerade die psychosoziale Krisenversorgung durch eine intensivierte, zeitlich und konzeptionell gezielter aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit der vielfältigen Hilfseinrichtungen auf diesem Sektor schon ambulant soweit verbessert werden, daß statt der personal- und kostenintensiven nicht-ambulant Krisenzentren nur mehr einige extern mitbetreubare "Krisenbetten" nötig würden.

Was bleibt als Resumée? - Zunächst, das nicht-ambulante Krisenzentrum schlechthin gibt es nicht. Daher kann es ebensowenig eine pauschale Schlußfolgerung geben. Kein Krisenzentrum, selbst in der gleichen Kategorie, gleicht dem anderen völlig. Die Unterschiede sind oft inkommensurabel. Die individuelle Ausprägung ist durch den konzeptuellen Hintergrund und mehr noch durch das örtliche Versorgungsdefizit bestimmt. Bevor jedoch eine derartige Versorgungslücke wahllos mit einem Krisenzentrum abgedeckt wird, sollte zunächst geprüft werden, inwieweit eine Interventions-"Strategie" in obigem Sinne Abhilfe schaffen kann, damit das Krisenzentrum nicht bloß zu einem teuren Lückenfüller wird, sondern in die Lage gesetzt wird, eine gezielte Funktion ausüben zu können. Um zu einer abschließenden Empfehlung zu gelangen, sei, auch wenn es etwas banal anmuten mag, dafür plädiert, so wenig separate Krisenzentren wie möglich bzw. nur so viele wie nötig neu einzurichten.

4.3. Gesundheitspolitischer Stellenwert

Voraussetzung einer gezielten Versorgungsplanung sollte zunächst immer die einigermaßen zuverlässige Abschätzung des tatsächlichen Bedarfs, die Ermittlung des einzelnen "needs" sein, wobei diese nach HÄFNER (1979) in Bedürfnisse (needs of individuals) einerseits, und in Bedarf (needs of the services themselves) andererseits aufzutrennen wären. Doch gerade für den Bereich der Akutversorgung liegen derartige Planungsvorgaben und Ausführungshilfen kaum vor.⁶⁰⁾

Statt also von einem epidemiologisch gesicherten Datensatz ausgehen zu können, wird die Versorgungsplanung im Akutbereich sich vornehmlich an den Erfahrungen und Ergebnissen der versuchsweise eingerichteten Interventionsmodelle zu orientieren haben. Hierfür ein Diskussionsgrundlage geschaffen zu haben, war wesentliches Anliegen der in dieser Arbeit vorgelegten Bestandsaufnahme.

Zur abschließenden Würdigung der versorgungspolitischen Relevanz der Krisenzentren sei noch angemerkt, daß die Bedeutung der einzelnen Modelle nicht als Wert an sich mit grenzüberschreitender Gültigkeit bestimmbar ist. Erst vor dem konkreten Hintergrund des betreffenden Versorgungssystems, in und mit dem die Zentren agieren, wird ihr jeweiliger, gerade diesem System zugehöriger Stellenwert deutlich. Der Übertragbarkeit sind damit - im extramuralen Bereich mehr noch als im intramuralen - Grenzen gesetzt. Die beschriebenen Einrichtungen sind Anregungen, keine Kopiervorlagen.

4.3.1. Krisenintervention im vorstationären Bereich

Am ehesten zeichnen sich in den Niederlanden und teilweise auch in Belgien, den beiden Ländern also, die in diesem Bereich wohl mit die größte praktische Erfahrung besitzen, umfassende Versorgungskonzepte ab, in denen Krisenintervention nicht entweder als allgemein-unverbindliche Handlungsanweisung oder aber als partikuläres Instrument vorkommt, sondern in denen ihr eine definierte Rolle im Arbeitsschema der verschiedenen Versor-

gungsstrukturen zugemessen wird. Im wesentlichen lassen sich zwei Modelle unterscheiden:

- Verschiedene lokale Institutionen (örtlicher Gesundheitsdienst, sozialpsychiatrischer Dienst, psychiatrische Klinik, Hausärztevereinigung usw.) initiieren oder gründen ein zentrales, rund um die Uhr ambulant arbeitendes Krisenzentrum zur summarischen Deckung des Akutversorgungsbedarfs. Neben den ursprünglichen Aufgaben therapeutischer Intervention fallen dem Krisenzentrum, wie das vergleichbare Beispiel Utrecht zeigt (LUYN 1982), zunehmend Funktionen zu, die sich aus seiner allmählichen Entwicklung zum Schnitt- und Knotenpunkt der verschiedenen Versorgungsebenen ergeben: Erste Auffanginstanz für alle Notlagen zu sein, Filter- und Selektionsfunktionen innerhalb der Verweisungswege auszuüben, Hausärzte diagnostisch und versorgungstechnisch zu beraten etc. Nicht-ambulante Krisenintervention hat in diesem Modell in zweifacher Weise ihren Platz: Zum einen in Form einiger innerhalb des Krisenzentrums aufgeschlagener "Krisenbetten", die bis zu 3 Tagen benützt werden können, zum anderen in Form einer sogenannten Notbettenregelung, nach der die umliegenden psychiatrischen Kliniken verpflichtet sind, in wechselndem Turnus je ein, zwei Betten für Direkteinweisungen akut-psychiatrischer Patienten durch das Krisenzentrum freizuhalten (Beispiel Utrecht).
- Ambulante Krisenintervention wird in verschiedenen Einrichtungen innerhalb des organisatorischen Rahmens der ambulanten sektorialen psychiatrisch/psychosozialen Vollversorgung (einschließlich einer 24-Stunden-Bereitschaft) geleistet, zu der jede RIAGG (Regionale Institution für die ambulante geistige Gesundheitssorge) verpflichtet ist. In diesem Modell vollzieht sich - einem niederländischen Entwurf folgend - nicht-ambulante Krisenintervention in zwei separaten Einrichtungen, die auf zwei unterschiedliche Zielgruppen hin ausgerichtet sind. Das extramurale psychiatrische Krisenzentrum, organisatorisch an das jeweilige, meist entferntere Psychiatrische Landeskranken-

haus angeschlossen, fungiert als dessen gemeindenaher Satellit, der der Hospitalisierungsprävention und der Kurzzeitbehandlung akutpsychiatrischer Patienten dient. Das extramurale psychosoziale Krisis Opvang Centrum steht für diejenigen Klienten zur Verfügung, bei denen eine ambulante Intervention allein nicht mehr zur Abwendung der sozialen Ursachen bzw. Folgen einer Krise ausreicht.⁶¹⁾

Die beiden vorgestellten Entwürfe sind noch keine definitiven Planungsbeschlüsse. Vielfältige Kombinationsmöglichkeiten untereinander oder mit anderen Elementen ebenso wie die Ausgestaltung der Details (z. B. Stationierungsort des mobilen Stadtpsychiaters) gestatten ausreichend Raum für Versuche, die Vorteile des einen Modells (z. B. Vereinheitlichung ambulanter Interventionen) mit denen des anderen (z. B. gezieltere Akutversorgung psychiatrischer Patienten) in geeigneter Weise zu verknüpfen.

Was bleibt als Anregung für unser eigenes Versorgungswesen; läßt sich etwas übernehmen? Nachdem wir oben zwei Subsysteme einander gegenübergestellt haben, ist jetzt zwischen grundsätzlich verschiedenen Versorgungskonzepten zu unterscheiden. Auf der einen Seite ein sektorial-aufgefächertes System mit dezentral gegliederten Versorgungsstrukturen, auf der anderen Seite ein zweidimensionales System mit der kassenärztlichen Betreuung als flächendeckender Versorgung einerseits, dem Krankenhaus als zentralem Versorgungsinstrument andererseits. Eine isolierte Verpflanzung einzelner Teile eines Systems in ein anderes scheint problematisch. Statt der Einrichtung einer Vielzahl neuer Zentren scheint eher eine verstärkte Einschaltung der beiden bestehenden Versorgungsdimensionen in Maßnahmen der Krisenintervention angezeigt. An der ambulanten psychiatrienahen Krisenintervention wären zum einen verstärkt niedergelassene Ärzte, insbesondere Nervenärzte zu beteiligen (HÄFNER 1978), zum anderen - entsprechend den Empfehlungen der Enquête-Kommission (1975, p 212) - v. a. Ambulanzen psychiatrischer Krankenhausbetriebe.⁶²⁾

Da, was andererseits den stationären Versorgungsbereich betrifft, die verschiedensten Untersuchungen, wie MULLER (1967) in einer Übersichtsarbeit schreibt, unterstreichen, "that the general hospital service is the unique zone through which passes the whole spectrum of acute psychiatric problems (...)" (p 56), da also im Allgemeinkrankenhaus "(...) ein hoher und durch gemeindeferne psychiatrische Einrichtungen nicht abdeckbarer Bedarf an psychiatrischer Notfall- und Krisenversorgung (besteht) (...)" (HÄFNER 1977, p 49)⁶³, scheint es konsequent und sinnvoll, gerade hier in verstärktem Maße geeignete Instrumentarien psychiatrienaher Krisen- und Notfallintervention einzurichten. Mögliche Organisationsformen sollen im folgenden diskutiert werden.

4.3.2. Krisenintervention und Notfallversorgung im stationären Bereich

Allgemeinkrankenhaus

Unter den verschiedenen Formen, in denen sich Krisenintervention am Allgemeinkrankenhaus denken läßt, sei es als reguläre Anwesenheit eines Psychiaters in der Notaufnahme, als psychiatrischer Liaisondienst auf der Intensivstation (s. 3.2.1.), als panachiert-multilokale Vorgehensweise (s. Darmstadt 4.2.), als allmedizinisch-psychiatrisches Notfallzentrum (s. Lyon 2.1.1.) oder als separate Kriseninterventionsstation, unter all diesen Formen also scheint insbesondere die letztgenannte, die Krisenstation, zunehmend an Bedeutung zu gewinnen. Ihre Einrichtung wird weithin befürwortet (z. B. HAASE 1982, CIOMPI 1982)⁶⁴. In dieser Arbeit wurden eine Reihe derartiger Stationen vorgestellt, ein Resümée sei versucht.

Als erstes erhebt sich die Frage nach der institutionellen Wertigkeit der Krisenstation am Allgemeinkrankenhaus (AKH). Macht sie eine allgemeinpsychiatrische Abteilung am AKH überflüssig, ergänzt sie diese oder ist sie mit ihr identisch. MÜLLERS (1981) Vorschlag, in einem Standardversorgungsgebiet von 150.000 Einwohnern als stationäre Abteilung für die Er-

wachsenenpsychiatrie ein Krisenzentrum mit 120 Betten einzurichten, läßt an letzteres denken. HAASE (1982) dagegen trennt scharf: Statt einer allgemeinspsychiatrischen Abteilung, die, zumindest im Einzugsbereich eines psychiatrischen Landeskrankenhauses, lediglich eine "Mini- und Zweiklassenpsychiatrie" fördere, solle am AKH ausschließlich eine Kriseninterventionsstation mit einer "Rund-um-die-Uhr-Ambulanz" eingerichtet werden. Eine Abwägung der Vor- und Nachteile psychiatrischer Abteilungen am AKH liegt nicht im Bereich dieser Arbeit. Es muß jedoch darauf hingewiesen werden, daß Konzeption und Aufgabenbereich einer psychiatrischen Krisenstation im AKH ganz wesentlich vom Vorhandensein bzw. Fehlen einer derartigen Abteilung bestimmt sein sollte.

Steht keine psychiatrische Abteilung zur Verfügung, kann eine kleindimensionierte, der strikten Anwendung enggefaßter Interventionsprinzipien verpflichtete Krisenstation den vielfältigen Anforderungen, die ein weitgehend unselektioniertes Klientel an die einzige psychiatrische Station des Hauses stellt, kaum gerecht werden. Empfehlenswerter scheint unter diesen Umständen eher die Einrichtung einer etwas größeren, allgemeinspsychiatrischen Akutaufnahmestation von etwa 20 Betten mit einer durchschnittlichen Verweilzeit von ungefähr 2 Wochen, in der auch, aber nicht ausschließlich Krisenintervention i. e. S. durchgeführt werden kann (vgl. die Entwicklung in Leuven, FU Berlin; s. a. HENISZ 1977). Ist dagegen eine psychiatrische Abteilung vorhanden, scheint die separate Einrichtung einer expliziten Kriseninterventionsstation (ca. 10 Betten, Verweilzeit ca. 1 Woche) für die Akutversorgung eines speziellen, vorselektierten Klientels zusätzliche Vorteile zu bringen (vgl. KH Am Urban, Berlin).

Mit dieser Unterscheidung zwischen Psychiatrischer Aufnahme- station einerseits und Kriseninterventionsstation andererseits wird zugleich ein zurückhaltender Umgang mit dem Begriff "Krisenintervention" nahegelegt. Eine bis zur terminologischen Indifferenz ausgeweitete Begriffsverwendung suggeriert Interventionschancen, wo von einer eigentlichen Krise schon gar nicht mehr die Rede sein kann, verstellt aber zugleich den Blick auf das spezifische Potential von Krisenintervention, wie

es etwa mittels einer engumschriebenen Krisenstation genutzt werden kann.

Um im AKH darüberhinaus auch eine angemessene Akutversorgung von Suizidpatienten sicherstellen zu können, wäre es empfehlenswert, wenn - etwa an einem Schwerpunktkrankenhaus - die Einrichtung einer auf die Suizidentenversorgung spezialisierten regionalen Intensivstation, wie sie in 3.2.1 vorgeschlagen wurde, mit der Einrichtung einer akutpsychiatrischen Station - sei es Aufnahme- oder Krisenstation - verknüpft würde. Die psychiatrische Supervision einerseits, die kurzfristige stationäre Nachsorgemöglichkeit andererseits, könnten so gleichermaßen gewährleistet werden.

Krisenstationen werden, wie Krisenzentren überhaupt, in ihrem Profil wesentlich bestimmt von den Bedingungen und Erfordernissen des jeweiligen Gesundheitswesens, in das sie eingebettet sind. In anderen Versorgungssystemen können ihnen auch andere Funktionen zukommen.⁶⁵⁾ Die hier gemachten Vorschläge lassen sich daher nur mit Vorbehalt auf die Situationen in anderen Gesundheitssystemen übertragen.

Psychiatrischer Krankenhausbetrieb

Auch in einem psychiatrischen Krankenhausbetrieb kann, insbesondere wenn dieser im unmittelbaren Einzugsbereich eines Ballungsgebiets gelegen ist, eine separate Notfall- und Krisenstation ihren Platz haben (vgl. Bezirkskrankenhaus Haar bei München). Der medizinische Anteil der Akutversorgung wäre vorzugsweise auf einer benachbarten, aber räumlich getrennten (Intensiv-)Abteilung durchzuführen.

In Anlehnung an die Empfehlungen der Enquête-Kommission bezüglich sogenannter Vorschaltambulanzen an Psychiatrischen Landeskrankenhäusern scheint die generelle Einführung einer "Crisis Evaluation Unit" (HANSSEN 1976) vorteilhaft zu sein, die zunächst als "screening mechanism" für alle Neuzugänge des Hospitals fungiert, daneben aber zugleich eine "resource for crisis intervention" für die Patienten darstellt, bei denen eine

Aufnahme durch eine gezielte Intervention vermeidbar scheint.⁶⁶⁾

HUBER (1977) hatte aus der Überlegung, daß "eine Trennung von akuter und rehabilitativer Psychiatrie im Grunde willkürlich und nicht gerechtfertigt (ist)" (p 56), eine grundsätzliche Revision des Konzepts der Aufnahmeklinik gefordert. Sie sei auf zentrale diagnostische Einrichtungen, eine neuropsychiatrische Intensivstation und auf eine Kriseninterventionsstation zu reduzieren. Letztere habe als geschlossene Behandlungseinheit für Krisenintervention zu fungieren, die allen Rehabilitationsbereichen zur Verfügung stehe, wobei der jeweils behandelnde Arzt im Sinne eines Belegarztsystems seinen Patienten auch dort weiterbetreue.

Krisenintervention am Psychiatrischen Krankenhaus läßt sich zusammenfassend in drei Ebenen denken: a) Als ambulantes Eingreifen im Rahmen einer "Vorschaltambulanz", b) als stationäre Akutversorgung innerhalb einer spezifizierten Krisen- und Notfallstation (wobei a) und b) funktionell-organisatorisch verknüpfbar scheinen) und c) als geschlossene Unterbringungseinheit für klinikinterne Krisensituationen.

5. Zusammenfassung

Nach einer grundsätzlichen Klärung und Abgrenzung des Krisenbegriffs werden dessen therapeutisch relevante Konzeptionalisierungen dargestellt, wobei insbesondere auf die "crisis theory" von CAPLAN abgehoben wird. Die vielfältigen, direkt oder indirekt von ihr unter dem Schlagwort "Krisenintervention" abgeleiteten Therapieverfahren werden - zur besseren Übersichtlichkeit - in drei Kategorien eingeteilt ("generic" approach, "empirische" Krisenintervention, Krisenintervention als Spezialisierung). Historischer Anspruch und heutige Bedeutung von Krisenintervention werden miteinander kontrastiert.

Als Beispiele für nicht-ambulante Krisenintervention und Notfallpsychiatrie werden aus Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Holland und Belgien in 18 Einzeldarstellungen Einrichtungen in Allgemeinkrankenhäusern, in einem psychiatrischen Krankenhaus und in extramuralen Krisenzentren beschrieben, dazu als Anhang in Kurzportraits Einrichtungen für längerfristige Interventionen, zielgruppenorientierte Krisenzentren und ambulante Institutionen mit sogenannten Krisenbetten aus verschiedenen westeuropäischen Ländern.

Zur besseren Auswertung werden die beschriebenen Einrichtungen zu 5 Klassen mit jeweils ähnlichen Hauptmerkmalen zusammengefaßt: Psychiatrische Liaisondienste auf der Intensivstation von Allgemeinkrankenhäusern (I), psychiatrische Notfall- und Krisenstationen an Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrischen Hospitälern (II), extramurale psychiatrisch geleitete Krisenzentren (III) und extramurale psychosoziale Krisenzentren mit vorwiegend psychotherapeutischer (IV) oder sozialfürsorgerischer Ausrichtung (V).

Die 5 Gruppen werden nach äußerer Struktur, Personal- und Patientenzusammensetzung, Arbeitsumfang, Interventionsmodalität und Zugangs- bzw. Weiterverweisungsweg verglichen. Das therapeutische Potential der verschiedenen Einrichtungen wird an den wichtigsten Problembereichen der Patienten herausgearbeitet (reaktive Störung, Akutpsychose, Abhängigkeit und insbes. Suizidversuch).

Zur Beurteilung des gesundheitspolitischen Stellenwerts derartiger Einrichtungen wird nach ihrer Effektivität und der Berechtigung ihrer konzeptuellen und organisatorischen Eigenständigkeit gefragt. Abschließend wird ihre Bedeutung für die Akutversorgung im extramuralen und stationären Sektor eines Gesamtversorgungssystems diskutiert. Einige praktische Konsequenzen werden dargelegt.

6. Anmerkungen

- 1) Lösungsvorschlag von MORLEY (1970): emotionally hazardous situation als externer Faktor, crisis als internal process. Beides zusammen: "emotional predicament".

- 2) Theorie der "abnormen Krise":

Stehen dem einzelnen in einer normalen Krise verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung, um "im Durchschreiten des krisenhaften Übergangs zwischen Entscheidungsmacht und Sog der Führungsmächte des Wegs zu steuern" (KULENKAMPFF 1959, p 72), so gerät das Individuum in der abnormen Krise in ein "existentielles Dilemma", in eine "sackgassenartig" sich verengende Weltstruktur, weil ihm seine "wunde Stelle, seine 'Achillesferse' (ZUTT)" nur einen einzigen Weg in der Krise läßt, den er zwanghaft weiterverfolgen muß, obgleich er ihm in der Realität verschlossen ist. "Er wird in der Krise zum Unmöglichen, zum Verzicht, zum Entsagen irgendeiner anderen Lösung gezwungen. (...) Es muß - könnte man simplifizierend sagen - weitergehen. Aber weil dieses 'Weiter' verschlossen ist, taucht angesichts des Zwanges zum unmöglichen Wirklichen notwendig der Wahn als das mögliche Unwirkliche auf." (ebd., p 72 f)

CONRAD (1959) hat in einer grundsätzlichen Stellungnahme zu KULENKAMPFFs Ausführungen u. a. auch die Frage aufgeworfen, was passiert wäre, wenn man - was nach der von KULENKAMPFF vorgelegten Krankengeschichte durchaus möglich gewesen wäre - dem Patienten den ihm verschlossenen Weg durch geeignete äußere Hilfe rechtzeitig geöffnet hätte. Wäre die Psychose dann nicht ausgebrochen? CONRAD verneint dies entschieden. - Die Theorie der "abnormen Krise" besitzt heute wohl eher historische Bedeutung, die von CONRAD angeschnittene Problematik freilich ist erst unlängst durch die sogenannte Life-Event-Forschung wieder in die Diskussion gekommen (Rolle der "precipitating events" in der Auslösung von Psychosen und damit verbunden die Frage, die schon von CONRAD gestellt wurde, ob also eine rechtzeitige psychosoziale Intervention den späteren Ausbruch der Erkrankung verhindern kann) (s. a. 3.2.3.).

- 3) Nach DRESSLER (1976) beschreibt die "crisis theory" lediglich den chronologischen Ablauf der Krise, ohne jedoch zu klären, was einen bestimmten stressful event zum unüberwindlichen Hindernis macht und warum dies in den Zustand einer Krise führt.
- 4) Ablauf, Phaseneinteilung und Terminologie der "emotional crisis" lassen an SELYEs Streßmodell denken: Der antecedent stressor, beeinflusst durch antecedent mediating factors, führt zum "General Adaptation Syndrome" (alarm reaction - state of resistance - state of exhaustion), das schließlich in adaptiven bzw. maladaptiven responses endet. Korrelation, Analogie oder zufällige Parallele?
- 5) Einen originellen Weg, Schwerpunkte eines crisis-Konzepts zu setzen, beschreibt BLOOM (1963): Er legte 8 crisis-Experten der Harvard School of Public Health 14 fingierte Krankengeschichten zur Beurteilung der Frage vor, ob, und wenn ja, warum es sich hier um eine "emotional

crisis" handele. Die case histories unterschieden sich in 5 Variablen: a) Bewußtheit eines precipitating event seitens des Patienten, b) Raschheit des Störungsbeginns, c) An/Abwesenheit einer internal disruption, d) äußere Evidenz einer Verhaltensauffälligkeit und e) Schnelligkeit der Lösung. 2 Variable, a) und e), erwiesen sich als signifikant für die Einschätzung einer Situation als Krise.

- 6) Freilich wiesen auch schon PARAD u. CAPLAN (1960) darauf hin, daß ungelöste alte Schlüsselprobleme in der Krise wieder durchbrechen können.
- 7) Allerdings hat CAPLAN die "consistency of pattern", die Homöostase, immer nur für einen kürzeren Zeitraum postuliert, nie als lebenslanglich-unabänderliches Verhaltensmuster. "In life, whenever you get an equilibrium, it has a tendency to continue, although I think you have to be aware here that the concepts of homeostasis do not really apply completely to human psychology because the human being is in a constant state of development." (1961, p 43)
- 8) Die ersten Phasen ERIKSONs fallen zeitlich ungefähr mit FREUDs Phasen zusammen. Der konzeptionelle Unterschied liegt nach ERIKSON (1980, p 123) darin, daß sich die Psychoanalyse mehr mit der Beeinträchtigung psychosozialer Funktionen durch psychosexuelle Krisen beschäftige als mit den spezifischen Krisen, die durch Reifung der einzelnen Funktionen entstehen.
- 9) ERIKSON warnt davor, neurotische und "developmental"-Krisen zu verwechseln. Insbesondere im Stadium der Adoleszenz, in der Identitätsgewinn gegen Identitätsdiffusion stehe, könne "under prejudiced scrutiny" die "aggravated crisis" fälschlich als "onset of neurosis" erscheinen (1980, p 125).
- 10) Eine gänzlich andere Verwendung des Krisenbegriffs in einem Entwicklungskonzept findet sich in ARIETIs Schizophreniegenesemodell (in SCHARFSTETTER 1983, p 108): Phase 3, die in die Pubertät fällt, stellt die sogenannte präpsychotische Krise dar ("Innen ist alles durcheinander"), bevor in Phase 4 die Psychose ausbricht ("Außen ist alles durcheinander"). Krise hier als destabilisierter Zustand vor dem endgültigen Zusammenbruch.
- 11) Nach LUKTON (1973) ist "the idea of stress" das einigende Band, das die einzelnen Krisenkonzepte zusammenhält. Physiologische Streßvorstellungen und "crisis theory" seien dadurch verknüpft, daß die "stresses" in einer Krise akkumulieren (z. B. als physiologische Veränderungen während der Pubertät) und dann selbst einen "hazardous event" für das Individuum bedeuten.
- 12) disaster als "social disruption" (Erdbeben, Wirbelsturm etc.), nicht wie im Deutschen Disaster gleich Mißgeschick.
- 13) ADLER A(lexandra) (1945) unterscheidet zwei Typen von posttraumatischen Neurosen: Die "fear neurosis" in unmittelbarem Anschluß an ein in höchstem Maße als alptraumhaft erlebtes Ereignis, gekennzeichnet durch "emotional disturbances, nightmares" etc., und die "conflict

neurosis", eine nach einem Intervall auf weniger perhorreszierende Ereignisse (z. B. Kopfverletzung) auftretende Neurose, die durch latente, prätraumatisch existente Konflikte bedingt ist.

Wissenschaftsgeschichtlich nicht ohne Reiz ist, daß ADLER ihr Konzept der "fear neurosis" anhand der selben Katastrophe, nämlich des Brandes im Bostoner Nachtklub "Cocoanut Grove", untersuchte, anläßlich der LINDEMANN seine für die "crisis theory" grundlegende Arbeit über die Trauerreaktionen Hinterbliebener entwickelte.

- 14) Am 26. Februar 1972 brach ein künstlicher Damm, den die Buffalo Mining Company errichtet hatte. Eine riesige Flutwelle aus Wasser und Schlamm riß in weniger als einer Viertelstunde alles mit sich, was sich ihr in dem 18 Miles langen Tal in den Weg stellte. 118 Menschen wurden getötet, 4 000 obdachlos. Die Verantwortungslosigkeit der Company, die zu dem Dammbruch führte, die vorwarnungslose Plötzlichkeit, das alptraumhafte Geschehen und der Zwang, weiter in dem völlig zerstörten Tal leben zu müssen, die Folgen der Katastrophe täglich vor Augen, lassen dieses disaster als außergewöhnliche Tragödie mit denkbar ungünstiger Konstellation erscheinen - i. Ggs. zu den Katastrophen, auf die DYNES rekurriert: vorangekündigte, z. T. schon mehrfach durchgemachte Naturkatastrophen.
LIFTON e. a. fanden in Nachuntersuchungen 1973/74 klinische psychiatrische Symptome bei mehr als 97 % der Betroffenen.
- 15) Disasters werden eingeteilt nach: Type of Disaster (Act of God/purposeful event), Duration of Disaster, Degree of Personal Impact, Potential of Recurrence, Control over Future Impact.
- 16) Hierbei erhebt sich die Frage, wie man zwischen "normaler" und "pathologischer" Krise unterscheiden will. Nach HÄFNER (1978 a) kommen als Grenzkriterien in Frage "neben positiven diagnostischen Merkmalen (...) unmittelbar drohender oder bereits erfolgter Zusammenbruch der Fähigkeiten zur Erfüllung entscheidender sozialer Rollen oder Aufgaben oder der Zusammenbruch wesentlich psychischer Funktionen (...) (1978 a, p 87).
- 17) Die in dieser Arbeit vorgenommene Unterscheidung crisis intervention - Krisenintervention dient eher der begrifflichen Präzisierung als daß sie den tatsächlichen Gegebenheiten in den USA gerecht würde. Dort hat sich crisis intervention mittlerweile ebenso zu einem "catch-all"-Konzept ausgeweitet wie bei uns.
Indessen muß doch darauf hingewiesen werden, daß in neueren amerikanischen Arbeiten zunehmend Kritik an der üblichen, oft bis zur Austauschbarkeit unscharfen Begriffsverwendung von crisis intervention und brief (short-term) psychotherapy geübt und weiterhin für eine Abgrenzung beider Methoden plädiert wird. Nach STUART (1977) ergeben sich aus dem Modell "person + stress yields reaction (symptom)" Aufgaben und Grenzen der einzelnen Therapieformen. Short-term therapy zielt auf das Individuum, crisis intervention auf die Reduktion bzw. Beseitigung des Streß' und emergency care auf die Linderung bzw. Behebung der Symptome. MARMOR (1979), der die drei Interventionsformen insgesamt als Kontinuum sieht, weist darauf hin, daß crisis intervention mit Beendigung der Krise zu Ende ist - was für eine Kurztherapie nicht unbedingt gilt, und daß crisis intervention auch andere Techniken und Maßnahmen einbeziehen kann, während die Kurzpsychotherapie essentiell immer eine one-to-one Therapie bleibt. McGEE (1983) legt dar, daß die

brief psychotherapy aus dem klassischen psychoanalytischen Ansatz hervorgegangen sei, wogegen crisis intervention eher dem sozialfürsorgischen Bereich entstamme.

Hauptunterscheidungsmerkmale (nach McGEE 1983)

<u>Brief Psychotherapy</u>	<u>Crisis Intervention</u>
primär Individuum, sek. Situation als Fokus	precipitating event oder Situation als Fokus
Betonung der Bedeutung früherer Erfahrungen bei der Bewältigung aktueller Probleme	Erweiterung des Problemlösungs- und coping-Repertoires
Sitzungen nach Vereinbarung begrenzter Zeitraum	unmittelbar verfügbar (24 ^h)
Nur von ausgebildeten Psycho- therapeuten durchführbar	Effektiv durchführbar von geübten crisis counselors ohne professionel- len Hintergrund

- 18) Um den "generic approach" noch an einem zweiten Beispiel deutlich zu machen, sei KAPLANs Konzept in schematischer Weise dargestellt.

Task	1 preparation for possible loss, anti- cipatory grief	2 acknowledging the maternal failure to deliver a nor- mal, full-time baby	3 preparation for mother role	4 understanding how a premature baby differs from other babies
Time	→			
	Frühgeburt		Baby im Hospital Mutter zu Hause	

(1960)

- 19) Auch wenn die von der International Association for Suicide Prevention (IASP) herausgegebene Zeitschrift "Crisis Crisis Crisis" heißt, sind doch Krise und Suizid(versuch) keine identischen Begriffe. Krise kann Vorläufer eines Suizids sein, der dann selbst zu einer "Krisenlösungsstrategie" wird (SONNECK 1982), der Suizidversuch kann durch Distanzierung vom Vorausgegangenen der Bewältigung einer Krise Vorschub leisten (BOCHNIK 1978, s. a. 1.1.3.).
- Ebensowenig sind Selbstmordverhütung und Krisenintervention gleichzusetzende Methoden. "Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen Selbstmord und Krise, weil Selbstmord aus einer sehr langen Entwicklung resultiert, manchmal aber auch aus einer plötzlich sich verdichtenden Krise, bei der die Zeit eine entscheidende Rolle spielt. Der Begriff der Selbstmordverhütung darf aber nicht in der Krisenintervention untergehen; die beiden haben Gemeinsames, aber Krisenintervention und Selbstmordverhütung sind nicht identisch. Aber, wer Krisen auffängt, verhindert, daß sich die Krise zum präsuizidalen Syndrom verdichtet (...)" (RINGEL 1980, p 21)

- 20) Tony Garnier (1869 - 1948), nicht zu verwechseln mit Charles Garnier, dem Erbauer der Pariser Oper, wurde 1905 vom neugewählten Bürgermeister E. Herriot als Stadtarchitekt nach Lyon berufen, wo er u. a. den Schlachthof und das Stadion erbaute. Berühmt wurden v. a. seine stadtplanerischen Entwürfe zu einer "cité industrielle".
- 21) Es gibt in Amsterdam noch zwei weitere aufnahmefähige Krisenzentren: Eines für Jugendliche und eines von der Heilsarmee, beide (psycho-) sozial ausgerichtet, ohne psychiatrisch-fachliche Mitwirkung.
- 22) Zur psychiatrischen Bettenzahl in der Amsterdamer Region: 75 Betten im W. Gasthuis, 75 - 100 Betten in der Valeriusklinik, 30 Betten in der psychiatrischen Abteilung des Lukashospitals und 800 - 1 000 Betten im regionalen Bezirkskrankenhaus Santpoort (liegt bei Haarlem!)
- 23) Genau das Gegenteil war in Utrecht der Fall: Ausreichend Betten, aber zuwenig extramurale Dienste. Entsprechend wurde ein rein ambulantes Krisenzentrum geschaffen (BEENACKERS & DONKER 1981, DONKER 1982).
- 24) Die anderen Telefondienste Amsterdams schalten nachts auf die Leitung des KC um.
- 25) Patienten der EH werden meist noch im Krankenhaus von einem Mitarbeiter des KC gesehen und vor der Übernahme im KC-Team diskutiert. Die Ärzte der EH neigen dazu, auf Sicherheit zu gehen und eher zuviel Patienten zu überweisen, während der städtische Psychiater bemüht ist, soviel wie nur möglich ambulant zu erledigen. Dr. SMEETS trifft sich zweimal in der Woche mit den städtischen Psychiatern und zweimal im Monat mit den Klinikern zu Fallbesprechungen.
- 26) Obgleich die "stalligenen" nur rund 13 % der Gesamtpatientenzahl ausmachen, bedeuten sie eine überproportionale Belastung der Mitarbeiter, da es immer Patienten sind mit schweren psychiatrischen Zustandsbildern, die eine permanente und intensive Überwachung benötigen.
- 27) Insbesondere jungen Ärzten, die aus dem Krankenhausbetrieb kommen, soll diese Art der Zusammenarbeit zunächst etwas schwerfallen.
- 28) Psychiatrische Patienten werden permanent von einem Mitarbeiter betreut/beobachtet. Weiterhin wird darauf geachtet, einen Patienten nie länger als eine Schicht durch einen anzulernenden Mitarbeiter zu versorgen. Insgesamt wird der dauernde Wechsel der Bezugsperson von den Patienten unterschiedlich beurteilt. Dem Team erscheint er geeignet, der Gefahr einer Verwöhnung und Abhängigkeit entgegenzuwirken.
- 29) Im allgemeinen wird die Länge der Aufnahme schon am Beginn der Therapie festgelegt.
- 30) Sandpoort kommt für Gebäude, Verwaltung, Schwestern, Allgemeinärzte, die Stadt für Sozialarbeiter, Psychiater, Psychologe und Andragoge auf.

- 31) Die Ausbildung von 8 kostenintensiven Lernschwestern im KC wurde gestrichen; ein halber Arzt wurde eingespart. Von 5 Planstellen für Sozialarbeiter sind nur 3 besetzt.
- 32) Die Schroeder van der Kolk Vereinigung wurde 1923 als Hilfsorganisation für Menschen gegründet, die aufgrund einer geistigen Behinderung oder einer seelischen Krankheit nicht eigenständig in der Gesellschaft leben können. Heute beschäftigt die Vereinigung mehr als 330 Mitarbeiter in der Versorgung von über 1 400 Patienten in insgesamt 15 von der Vereinigung betriebenen Gebäuden (8 day-care Zentren, 5 Hostels, 2 workshops, dental centre, psychiatrisch centrum). Der Namenspatron Dr. Jacobus Ludovicus Schroeder van der Kolk (1797 - 1863) war ein bedeutender niederländischer Reformpsychiater, der wesentlich an der Umwandlung der alten Irrenhäuser in medizinische Einrichtungen beteiligt war (Lunacy Act 1841).

- 33) Die 3 RIAGGs (Regionale Instelling Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg), in die Den Haag aufgeteilt ist, haben folgenden Personalschlüssel:

RIAGG I	RIAGG II	RIAGG III
1 Koordinator	1 Koordinator	1 Koordinator
5 soz.psychiat.Gem.Schw.	6 sp Gem.Schw.	6 sp Gem.Schw.
1 Psychologe	1 Psychologe	3 Psychologen

- 34) Länger als 7 Tage würden im übrigen die Kassen auch nicht zahlen.
- 35) Der erste Direktor des CIC kam aus Maastricht, vertraut mit der Arbeitsweise des dortigen Krisenzentrums, ohne direkt in ihm tätig gewesen zu sein.
- 36) Die Hauptmahlzeiten werden vom unmittelbar benachbarten, beinahe angebauten Altenheim, einem modernen Hochhausblock, geliefert. Die eigene Küche nur für Tee, Kaffee, Kleinigkeiten.
- 37) Der Opvangpost, nicht gegründet, nur um noch eine weitere Verweisungsinstanz zu schaffen, sieht seine Aufgabe in der Stärkung der sog. Ersten Linie. Hulpverleners dieser Ersten Linie können sich an den Opvangpost wenden, wenn eine akute Problemsituation eines ihrer Klienten ihre eigenen Möglichkeiten und Kräfte überschreitet.

Der Opvangpost bietet:

- Konsultationen)
- ersten Opvang) telefonisch oder face-to-face
- Krisisinterventie)
- Krisisinterventie in der Umgebung des Klienten (out-reaching)
- Weitervermittlung
- Einschaltung psychosozialer und psychiatrischer Einrichtungen

- 38) Die entsprechende Passage aus dem Dekret lautet:
 "De dienst A is bestemd voor volwassenen patienten, die ofwel een dringende hulp behoeven in geval van krisistoestand, ofwel een ob-

servatie of aktieve behandeling vergen." (zit. aus STEVENS 1981 p 110) (Dt.: Der A-Dienst ist für volljährige Patienten bestimmt, die dringende Hilfe in einer Krise brauchen, oder die eine Observation oder aktive Behandlung verlangen.)

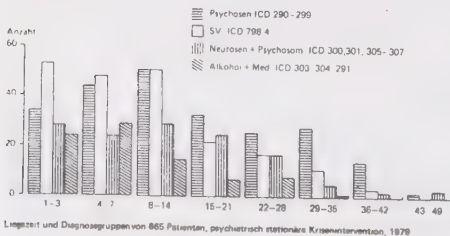
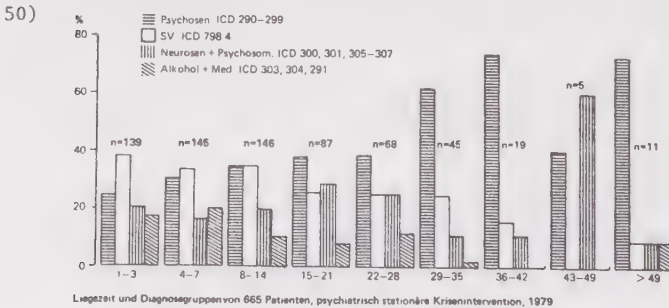
Daneben gibt es folgende psychiatrische stationäre Dienste: K: dienst neuropsychiatrie voor kinderen; F: gesloten psychiatrische dienst; P: dienst voor neuropsychiatrie.

Entsprechend dem Dekret ist für einen A-Dienst von 30 Betten folgender Personalschlüssel vorgesehen: 1 Psychiater, 1 Psychiater oder Internist, 1/2 Psychologe, 1/2 Sozialarbeiter und 11 Pflegekräfte.

- 39) Die Grenzen zwischen IV und V, also den psycho(-sozialen) und (psycho-) sozialen Krisenzentren sind ohne Frage fließend, gleichwohl scheint eine Unterscheidung insofern gerechtfertigt, als erstere eher auf die rasche Beeinflussung einer psychischen Krise mit therapeutischen Mitteln unter flankierenden sozialen Maßnahmen ausgerichtet sind, während bei letzteren das Dach über dem Kopf und das Bett für die Nacht die wesentlichen Mittel der Akutversorgung darstellen - weniger aus mangelndem Angebot anderer Maßnahmen denn aus fehlender Inanspruchnahme.
- 40) Nach FREUDENBERGER (1974) sind im einzelnen somatische (Ermüdung, gastrointestinale Beschwerden, Schlafstörungen usw.), psychische (Niedergeschlagenheit, Angst, Rigidität usw.) und interpersonale Symptome (Distanzierung, Verkürzung von Interviews usw.) des "burn-out"-Syndroms zu unterscheiden. Die Stadien des "burn-out" sind a) Enthusiasmus, b) Stagnation, c) Frustration und d) Apathie (und e) Hilflosigkeit) (EDELWICH 1980, erwähnt in AGUILERA 1982). Es sei noch darauf hingewiesen, daß "burn-out" nicht gleichzusetzen ist mit "job dissatisfaction", - im Gegenteil soll das "burn-out"-Syndrom gerade bei besonders engagierten Mitarbeitern auftreten (FREUDENBERGER 1975).
- 41) Keine Mittelwertsberechnung in V, da eine Einrichtung nur für Männer (Oikonde Gent) und eine überwiegend (78 %) für Männer ist (Oikonde Leuven).
- 42) Es ist ein interessanter Nebenfund der Untersuchung von GIBBONS e. a., daß die psychiatrische Verlegungsrate fast um die Hälfte, nämlich auf 7,9 % sank, als im Rahmen des Forschungsprogramms die routinemäßige Konsultation durch den "duty-psychiatrist" von einem strukturierten "assessment" durch zwei "research-psychiatrists" ersetzt wurde.
- 43) Noch dazu ist die spätere Inanspruchnahmerate bei Suizidpatienten signifikant niedriger als bei den übrigen psychiatrischen Patienten, die auf einer Notfallstation eines Allgemeinkrankenhauses psychiatrisch-konsiliarisch versorgt werden (Del GAUDIO 1977).
- 44) NEWSON-SMITH (1979) kam bei einem "assessment"-Vergleich zwischen Sozialarbeitern und Psychiatern zu ähnlichen Ergebnissen.
- 45) Es ist auch schon erwogen worden, ob nicht allzu viel Hilfe und Beistand nach dem Suizidversuch möglicherweise späteres suizidales Verhalten geradezu verstärken kann, wenn in ähnlich ausgewogenen Situations-

nen wieder Hilfe gesucht wird (MORGAN 1976, erwähnt bei BANCROFT 1977).

- 46) Nach AUERBACH (1977) allerdings sind diese Ergebnisse "at best suggestive" (p 1193).
- 47) Aus einem etwas anderen Blickwinkel hat auch HÄFNER (1975) eine zurückhaltende Indikationsstellung zur stationären Aufnahme von Kranken bei Lebenskrisen, Erlebnisreaktionen u. ä. gefordert: "Wenn stationäre Behandlung einmal als Hilfe angeboten wurde, so wird sie in ähnlichen Situationen anderen Möglichkeiten der Hilfe mit Wahrscheinlichkeit vorgezogen werden." (p 416). LANGSLEY (1971) konnte zudem in einer randomisierten Studie zeigen, daß als einweisungsbedürftig angesehene Patienten mit gleichem, teilweise sogar besserem Erfolg durch eine ambulante "family crisis therapy" behandelt werden konnten.
- 48) Wenngleich nicht-ambulante Krisenintervention mit ihrem vorstationären, aufnahmepräventiven Charakter wohl nicht einfach mit einer Kurzhospitalisierung auf einer regulären psychiatrischen Station gleichgesetzt werden kann.
- 49) Nach HANSSEN (1976) dagegen erweist sich auch für einen chronisch psychotischen Patienten, der während einer life crisis dekompenziert, das crisis-intervention-Konzept als "equally appropriate". Durch dessen Anwendung solle gerade vermieden werden, daß einem einmal als psychotisch diagnostizierten Patienten nur noch eine Exacerbation seiner Psychose, nicht aber "the right to have a life crisis" zugestanden wird (p 79 f).



Aus DORN 1979, Erhebung auf der Krisenstation des Klinikums Steglitz, Berlin

- 51) BINDER (1979) fand in einer retrospektiven Studie an der 11-Betten Crisis Intervention Unit des Langsley Porter Neuropsychiatric Institute, San Francisco (mittlere Verweilzeit 6 Tage), daß 44 % aller Patienten während ihres Aufenthalts mindestens einmal isoliert wurden, drei Viertel davon am ersten Tag (Wirkungslatenz der Psychopharmaka?). Diese, verglichen mit europäischen Einrichtungen doch ungewöhnlich hohe Rate, erklärt sich zum einen wohl daraus, daß der Anteil psychotischer Patienten am Gesamtklientel bei 74 % lag (z. T. Zwangseinweisungen), zum anderen mag beigetragen haben, daß - nach genereller Ermächtigung durch den Arzt - das Pflegepersonal von sich aus über Isolierungsmaßnahmen entscheiden konnte.
- 52) Die Zahl der dann tatsächlich nicht nachbetreuten Patienten liegt in Groningen bei 10 % (8 % hatten weitere Betreuungsmaßnahmen abgelehnt). Es ist also zu unterscheiden zwischen dem Weiterbehandlungsbedarf aus ärztlicher Sicht und der tatsächlichen Inanspruchnahme seitens des Patienten (zum Inanspruchnahmeproblem s. u.).
- 53) Die Liaisondienste (I) lassen sich allerdings, auch wenn alle genannten Zugangswege, also nicht nur der Rettungssanitäter, als möglich angegeben wurden, in dieser Hinsicht schlecht mit den übrigen Einrichtungen vergleichen.
- 54) In einer katamnästischen Befragung, die HAUCK (1980) an Patienten der Kriseninterventionsstation des KH Am Urban, Berlin, durchführte, gaben 74,1 % an, eine Nachbetreuung durch das psychosoziale Team der Station für sinnvoll zu halten, 63,3 % wären bereit gewesen, zu weiteren Gesprächen zu kommen.
- 55) Wiederaufnahmeraten allein sind, wie ERICKSON (1973) meint, freilich ein zweifelhaftes Erfolgskriterium. Zum einen sei fraglich, ob tatsächlich alle Wiederaufnahmen, oder nur die im eigenen und in benachbarten Krankenhäusern erfaßt würden, zum anderen würden Selbstmord, Inhaftierung etc. wie ein Behandlungserfolg gezählt.
- 56) Ein zusätzlicher Befund in HEGs Arbeit ist die beobachtete Tendenz, daß Patienten eher wegen der Dynamik ihrer psychischen Störungen als wegen der Belastung der Angehörigen rehospitalisiert werden. Gleichwohl scheint damit noch nicht HAFNERS Frage aus der Welt, "ob die Bürde der Angehörigen im Interesse einer Ideologie 'Psychiatrie ohne Bett' hintangestellt werden darf. Eine Verschiebung von Belastungen auf die Eltern, den Partner oder die Kinder ist jedenfalls keine vertretbare Lösung einer Krise, auch wenn sie den Patienten und seinen Berater entlastet haben sollte." (1974, p 145)
- 57) Die Gründung eines Krisenzentrums wurde nur unter der Voraussetzung befürwortet, daß es sich um ein zeitlich befristetes, wissenschaftlich begleitetes Experiment handle, das die verschiedenen Aspekte der Intervention (Bedarf, Technik, Inanspruchnahme etc.) erforsche, um dann Einrichtungen, die Krisenintervention in ihr Handlungsrepertoire aufnehmen wollten, fundiertes Material an die Hand geben zu können. Genau diesen Zielvorstellungen entsprachen die beiden Projekte "Krisisentrum Overvecht" (1974 - 1978) und - als Nachfolger - "Krisisentrum Utrecht" (1978 - 1982), über deren (rein ambulante) Tätigkeit inzwischen eine ausführliche Dokumentation vorliegt (BEENACKERS 1981).

- 58) Ähnliches berichtet PEARLMAN (1973) von einer psychiatrischen Acute Treatment Unit (3 Betten, max. 24 h), die dem Emergency Room eines Allgemeinkrankenhauses angegliedert ist.
- 59) Einzig bei den kurzzeitbehandelten Alkoholikern lag die Wiederaufnahmerate signifikant ($p < .01$) höher als bei den länger hospitalisierten. Zusätzliches Indiz, daß diese Patientengruppe offenbar am wenigsten von einer Krisenintervention profitiert (s. a. 3.2.4.). HIRSCH (1979) fand in einer KENNEDYs Arbeit ähnlichen Studie ebenfalls keine Unterschiede zwischen einer brief care- und einer standard care-Gruppe hinsichtlich Symptombesserung, Angehörigenbelastung, Inanspruchnahme von Hausärzten, Sozialdiensten etc. KENNEDY (1979) hat in einer Stellungnahme zu dieser Untersuchung allerdings darauf hingewiesen, daß der Wille, Patienten rascher zu entlassen, wenn er, wie bei HIRSCH, einziger neuer Behandlungsfaktor bleibe, allein noch wenig ausreichte. Wie das Beispiel Edinburgh, also der von ihm untersuchte Experimental Ward, zeige, könne eine substantielle Senkung erreicht werden "only after months of thoughtful and laborious reorganisation of a ward, which involved staff having to learn new skills and deploy their time quite differently." (p 751)
- 60) In HAGNELLS (1970) Feldstudie (Lundby) zerfielen die neurotischen Episoden im wesentlichen in zwei Untergruppen. Eine etwas größere mit kurzdauernden Störungen (1 - ca. 4 Monate), die sich als psychogene Reaktionen oder Krisen beschreiben lassen (KATSCHNIG 1977) und eine etwas kleinere Gruppe mit längerfristigen Störungen. STROTZKA (1977) gab als Minimalzahl der Prävalenz psychogener Reaktionen 3 % an (Neurosen und Charakterneurosen je 5 %). In einer 5-Jahres-Feldstudie an einer ostamerikanischen Inselbevölkerung ermittelte MAZER (1974), daß 19 % der Population während des Erhebungszeitraums ein "predicament" erfahren hatte, sei es psychiatrischer oder "parapsychiatrischer" Art (Scheidung, Autounfall, Inhaftierung usw.) gewesen. DILLING (1984) fand in einer oberbayerischen Erhebung für die Hauptdiagnose "Psychische Auffälligkeit nach situativen Belastungen" (ICD 307, 8. Rev.) eine Häufigkeit von 0,2 %. Die häufigste Erstdiagnose im vierstelligen ICD-Schlüssel war die neurotische Depression (ICD 300.4); insofern beachtenswert, als dieses Krankheitsbild auch auf Krisenstationen relativ häufig ist. Nun machen freilich, wie schon dargelegt, die eigentlichen Krisenreaktionen nur einen geringen Anteil der Patienten nicht-ambulanter Krisenzentren aus. KRAMER (1973) fand "transient situational personality disorders" nur in outpatient clinics, nicht aber in psychiatrischen Abteilungen oder Krankenhäusern, unter den fünf am häufigsten gestellten Diagnosen. Für die meisten psychiatrischen Krisenpatienten gilt, was FISCH (1964) durch eine eigene Untersuchung bestätigt fand: "(...) the syndromes of acute psychiatric emergencies are widely distributed in different diagnostic groups and (...) the different diagnostic groups are represented in almost every acute emergency syndrome." (p 579) Damit sind der Erfassung der Krisensynndrome in den üblichen Kategorien epidemiologischer Erhebungen weitgehende Grenzen gesetzt. Weder der ICD noch das DSM II scheinen zudem besonders geeignet, akute Krisensynndrome ausreichend zu klassifizieren (DORN 1979 bzw. SPITZ 1976).

Aber selbst wenn exakte Prävalenzdaten vorlägen, würden sie für sich genommen noch keine hinreichende Planungsgrundlage bieten (KATSCHNIG 1979); vielmehr müßten neben der Diagnose z. B. auch die geeigneten

Behandlungsmodalitäten (stationär, halbstationär, ambulant) ermittelt werden (HÄFNER 1979).

- 61) In Flandern läßt sich eine vergleichbare dreistufige Versorgungsplanung finden: Anstelle der RIAGG treten hier die noch etwas weniger ausgebauten und auch etwas unflexibleren DGGZ (Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg). Krisisopvanghäuser bestehen ebenso. Lediglich die akutpsychiatrische Intervention ist von den separaten extramuralen Einrichtungen in psychiatrische Akutaufnahmestationen verlegt (s. Leuven).
- 62) Der Enquête-Bericht differenziert zwischen einer der endgültigen stationären Aufnahme (generell) vorzuschaltenden Instanz ("Vorschaltambulanz") und einer in Ballungsgebieten zusätzlich notwendigen Verankerung eines multiprofessionellen, rund um die Uhr tätigen und auch mobil einsetzbaren Kriseninterventionsteams an ambulanten Diensten psychiatrischer Krankenhauseinrichtungen. Nach Schätzungen EGETMEYERS (1984) beträgt die Zahl der Institutsambulanzen derzeit etwa 40. Eine Ambulanz, die zugleich regelmäßig Nachsorge durchführt, besitzt hinsichtlich einer adäquaten Intervention bei krisengefährdeten chronischen Patienten gegenüber separaten, nur in Krisen eingeschalteten Zentren den wesentlichen Vorteil, aus der genauen Kenntnis der besonderen Probleme und Bedürfnisse der betreffenden Patienten gezielter, risikoärmer und damit effektiver eingreifen zu können (HÄFNER 1978 b).
- 63) SATIN (1971) beispielsweise fand unter den Patienten, die in die Emergency Unit eines Allgemeinkrankenhauses gelangten, 76,9 % mit psychosozialen (ein Drittel davon schwerwiegend) und 37,8 % mit psychiatrischen Problemen.
- 64) Auch im Enquête-Bericht (1975) wurde, v. a. für psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen an Universitäten und Weiterbildungsinstituten, die Einrichtung einer Art Krisenstation vorgeschlagen. Sie habe der Behandlung akuter psychosomatisch-internistischer Krankheiten und akuter neurotischer Störungen zu dienen, besitze überwiegend diagnostische Aufgaben und übe die therapeutische Funktion von Krisenintervention aus. Ihr Ziel sei die Ermöglichung von Grundlagenforschung in diesem Gebiet. (p 306) HÄFNER hat in einem Sondervotum nochmals ausdrücklich darauf hingewiesen, daß die Einrichtung gesonderter stationärer Einheiten für Psychotherapie oder psychosomatische Kranke kein allgemeines Versorgungsprinzip werden dürfe, sondern nur dort vertretbar sei, wo dies der Forschung und Lehre diene (s. a. Anm. 47).
- 65) An consultant-orientierten Krankenhauseinrichtungen anglo-amerikanischer Prägung könnte LEBENSOHNS Vorschlag (1963), daß privat praktizierende Psychiater ihre Patienten auch auf der psychiatrischen Station eines Allgemeinkrankenhauses weiterbetreuen sollten, insbesondere für eine Krisenstation Aktualität gewinnen.

In einem System, das die reguläre stationäre psychiatrische Behandlung abgeschafft hat, kann die noch verbliebene kleine Station am Allgemeinkrankenhaus für das Personal des distriktpsychiatrischen Zentrums, das ansonsten über keine Aufnahmemöglichkeiten für Akutpatienten verfügt, als kurzfristiges Unterbringungsinstrument dienen. Es ist an das

Zentrum gebunden und wird von einem vom übrigen Krankenhausbetrieb weitgehend unabhängigen Personal betreut. (Beispiel Triest, BENNETT 1983)

- 66) In ähnliche Richtung geht ein von BUTTIGLIERI (1970) beschriebenes Modell: Bei allen Neuzugängen erfolgt zunächst die Abklärung diagnostischer Fragen und die Indikationsstellung weiterer therapeutischer Maßnahmen auf einer eigens dafür eingerichteten Aufnahmestation, bevor die Patienten auf entsprechende Abteilungen des Hospitals gezielt weiterverlegt werden. Patienten jedoch, die nur einer Kurzzeitbehandlung bedürfen (bis zu einer Woche), werden auf der Station behalten und mit Interventions-techniken betreut. Es entsteht eine "Combined Admission und Brief Hospitalization Unit".

7. LITERATURVERZEICHNIS

- 1 Aalberg V (1971): SOS-Service, The Suicide Prevention Center in Helsinki. *Psychiatria Fennica*, p 247 - 250
- 2 Aalberg V (1978): New Approaches to Crisis Intervention. In: *Proceedings IX a. a. O.*, p 88 - 89
- 3 Adler A (1945): Two Different Types of Post-Traumatic Neuroses. *Am J Psychiat* 102, p 237 - 240
- 4 Aguilera DC, Messick JM (²1974, ⁴1982): *Crisis Intervention - Theory and Methodology*. St. Louis, Mosby Comp
- 5 Alevizos PN, Liberman RP (1976): Behavioral Approaches to Family Crisis Intervention. In: *Parad e. a. (1976)*, a. a. O., p 129 - 143
- 6 Allgeyer J (1976): Resolving Individual Crises Through Group Methods. In: *Parad e. a. (1976)*, a. a. O., p 159 - 167
- 7 Amado-Haguenauer G (1983): Briefliche Mitteilung mit Manuskript
- 8 Anderson WH, Kuehnle JC, Catanzano DM (1976): Rapid Treatment of Acute Psychosis. *Am J Psychiat* 133: 9, p 1076 - 1078
- 9 Auerbach SM, Kilman PR (1977): Crisis Intervention: A Review of Outcome Research. *Psychol. Bull.* 84: 6, p 1189 - 1217
- 10 Babiker JE (1974): Determinants of Outcome in a Psychiatric Emergency Clinic. *Scot Med J* 19, p 196 - 199
- 11 Bancroft J, Marsack P (1977): The Repetitiveness of Self-Poisoning and Self-Injury. *Brit J Psychiat* 131, p 394 - 399
- 12 Baren JB (1976): The Ice Cream Parlor Disaster. In: *Parad e. a. (1976)*, a. a. O., p 353 - 362
- 13 Barraband G, Bensaid N, Birraux A, Fortineau F, Gacon N, Gentil A, Gicquel MY, Grivois H, Lardoux H, Samut O, Smiejan F (1974): Une Garde de Psychiatrie à l'Hôtel-Dieu de Paris - Un Entretien. *Concours Médical*, p 3587 - 3594
- 14 Barren MR e. a. (1980): A Typology for the Classification of Disasters. *Comm Ment Health J* 16: 2
- 15 Barren MR, Beigel A, Barker G (1982): A Typology of Disasters: Implications for Intervention. *Comm Ment Health J* 18: 2, p 120 - 134
- 16 Barton GM (1982): Emergency Psychiatry: The Outlook for the Future. *Psychiat Annals* 12: 8, p 807 - 809, 812, 813
- 17 Basaglia F (1980): Crisisintervention, Treatment and Rehabilitation. In: *Alternatives to Mental Hospitals, Proceedings eines Workshops der "Nationale Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg" und der "World Federation for Mental Health" vom 31.3. - 3.4.1980 in Gent*, p 35 - 38

- 18 Bassuk, EL, Winter R, Apsler R (1983): Cross-Cultural Comparison of British and American Emergencies. Am J Psychiat 140: 2, p 180 - 184
- 19 Baumann H (1980): Krisenintervention aus der Sicht eines Klinikpfarrers. In: Pödlinger W e. a. (1980), a. a. O., p 37 - 40
- 20 Baxter S, Chodorkoff B, Underhill R (1968): Psychiatric Emergencies: Dispositional Determinants and the Validity of the Decision to Admit. Am J Psychiat 124: 11, p 1542 - 1548
- 21 Beck JC, Worthen K (1972): Precipitating Stress, Crisis Theory and Hospitalization in Schizophrenia and Depression. Arch Gen Psychiat 26, p 123 - 129
- 22 Beenackers AAJM, Donker MCH (1981): Evaluatie Krisiscentrum Utrecht Rapport V Eind-Evaluatie. Utrecht, Onderzoeksgroep Krisiscentrum Utrecht
- 23 Beenackers AAJM (1982): Een Leertheoretisch Crisismodel. Gezondheid & Samenleving 3: 1, p 35 - 44
- 24 Beenackers AAJM (1982 a): Das Krisenzentrum Utrecht. Vortrag, gehalten auf dem 2. Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Berlin 14.2. - 19.2.1982
- 25 Bellak L (1968): The Role and Nature of Emergency Psychotherapy. Am J Publ Health 58: 2, p 344 - 347
- 26 Bellak L, Small L (1972): Kurzpsychotherapie und Notfallpsychotherapie. Frankfurt/M., Suhrkamp
- 27 Bellak L (1977): Kombinierte Psycho- und Pharmakotherapie unter besonderer Berücksichtigung von Kurz- und Notfalltherapie. Psychiat Clin 10, p 102 - 113
- 28 Bellak L, Faithorn P (1981): Crises and Special Problems in Psychoanalysis und Psychotherapie. New York, Brunner & Mazel
- 29 Bennett DH (1983): Neue Formen der psychiatrischen Betreuung in Triest. In: Siedow H (Hg): Standorte der Psychiatrie Bd 3: Auflösung der Psychiatrischen Großkrankenhäuser. München, Urban
- 30 Berger E (1977): Teamarbeit in der Jugendfürsorge als Instrument der Krisenintervention. Psychiat Clin 10, p 123 - 130
- 31 Berzowski H, Dorn H (1978): Diagnose und Versorgung - Erster Arbeitsbericht der Psychiatrischen Ambulanz im Klinikum Steglitz. Psychiat Prax 5: 4, p 222 - 230
- 32 Billion A (1979): Indications et Limites des Psychotropes dans les Urgences Psychiatriques. Urgence, suppl. du numéro 14, p 29 - 30
- 33 Binder RL (1979): The Use of Seclusion on an Inpatient Crisis Intervention Unit. Hosp Comm Psychiat 30: 4, p 266 - 269
- 34 Birger D, Plutchnik R, Conte HR (1974): The Evolution and Demise of a Crisis Intervention Program in a State Hospital. Hosp Comm Psychiat 25: 10, p 675 - 677

- 35 Blane HT, Muller JJ, Chafetz ME (1967): Acute Psychiatric Services in the General Hospital: II. Current Status of Emergency Psychiatric Services. *Am J Psychiat* 124: 4 (suppl), p 37 - 45
- 36 Bloom BL (1963): Definitional Aspects of the Crisis Concept. *J Consult Psycholog* 27: 6, reprinted in Parad (ed) (1965), a. a. O., p 303 - 311
- 37 Bochnik HJ, Richtberg W (1978): Krise und Notfall als psychiatrische Aufgaben. In: Haase HJ (1978), a. a. O., p 209 - 219
- 38 Bogard HM (1970): Follow-Up Study of Suicidal Patients Seen in Emergency Room Consultation. *Am J Psychiat* 126: 7, p 1017 - 1020
- 39 Böhme K, Kulessa C, Reiner A (1978): Entwicklung der Suizidentennachbetreuung auf der Intensivstation der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg. *Suizidprophylaxe* 5: 15, p 101 - 106
- 40 Böhme K (1978 a): Krisenintervention im poliklinischen Bereich. In: Haase HJ (1978), a. a. O., p 85 - 92
- 41 Böhme K (1980): Zur praktischen Versorgung von Suizidenten. *Nervenarzt* 51, p 152 - 158
- 42 Bolm W (1980): Zum Einfluß beruflicher Belastungen auf die Entstehung psychischer Krisen - Eine klinische Untersuchung. *Psychiat Prax* 7, p 172 - 177
- 43 Boman B, Streimer G, Perkins M (1981): Crisis Intervention and Pharmacotherapy. *CrisisCrisisCrisis* 2: 1, p 41 - 49
- 44 Brandon S (1970): Crisis Theory and Possibilities of Therapeutic Intervention. *Brit J Psychiat* 117, p 627 - 633
- 45 Brisset C (1972): *L'Avenir de la Psychiatrie en France*. Paris
- 46 Brodsky LW (1977): Anger Provocation as a Crisis Intervention Technique. *Hosp Comm Psychiat* 28: 7, p 533 - 536
- 47 Brook BD (1973): Crisis Hostel: An Alternative to Psychiatric Hospitalization for Emergency Patients. *Hosp Comm Psychiat* 24: 9, p 621 - 624
- 48 Brothwood J (1965): The Work of a Psychiatric Emergency Clinic. *Brit J Psychiat* 111, p 631 - 634
- 49 Brown GW, Birley JLT (1970): Social Precipitants of severe Psychiatric Disorders. In: Hare EH e. a. (1970), a. a. O., p 321 - 325
- 50 Brown HF, Burditt VB, Liddell CW (1965): The Crisis of Relocation. In: Parad(ed) (1965), a. a. O., p 248 - 260
- 51 Browning CH, Tyson RL, Miller SI (1970): A Study of Psychiatric Emergencies: Part II. Suicide. *Psychiatry in Med* 1, p 359 - 366
- 52 Bruynooghe F (1982): Briefliche Mitteilung und Manuskript.

- 53 Burgess A, Holmstrom L (1974): Rape: Victims of Crisis. Bowie Md, Brady Comp
- 54 Butcher JN, Maudal GR (1976): Crisis Intervention. In: Weiner IB (ed): Clinical Methods in Psychology. New York, Wiley, 1976, p 591 - 648
- 55 Buttiglieri MW, Brunse AJ, Wegener GM (1970): A Combined Admission and Brief Hospitalization Unit. Hosp Comm Psychiat 21: 8, p 267 - 268
- 56 Caplan G (1961): An Approach to Community Mental Health. London, Tavistock
- 57 Caplan G (1963): Emotional Crises. In: Deutsch A, Fishbein H (ed.): The Encyclopedia of Mental Health vol II, New York, Watts, 1963, p 521 - 532
- 58 Caplan G (1964): Principles of Preventive Psychiatry. London, Tavistock
- 59 Caplan G (1974): Support Systems and Community Mental Health. New York, Behavioral Publ
- 60 Caplan G (1976): Foreword. In: Parad e. a. (1976), a. a. O., p XXIII - XXV
- 61 Catalan J, Marsack P, Hawton KE, Whitwell D, Fagg J, Bancroft JHJ (1980): Comparison of doctors and nurses in the assessment of deliberate self-poisoning patients. Psychological Med 10, p 483 - 491
- 62 Chafetz ME, Blane HT, Muller JJ (1966): Acute Psychiatric Services in General Hospital: I. Implications for Psychiatry in Emergency Admissions. Am J Psychiat 123: 6, p 664 - 670
- 63 Chowdhury N, Hicks RC, Kreitman N (1973): Evaluation of an aftercare Service for Parasuicide (Attempted Suicide) Patients. Soc Psychiat 8, p 67 - 81
- 64 Ciompi L (1977): Gedanken zu den therapeutischen Möglichkeiten der provozierten Krise. Psychiat Clin 10, p 96 - 101
- 65 Ciompi L (1982): Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt? Deut Ärztebl 79: 25, p 44 - 46
- 66 Clark E (1963): Round-the-Clock Emergency Psychiatric Services. Soc Work Pract, reprinted in Parad(ed) (1965), a. a. O., p 261 - 273
- 67 Coenegrachts K, Cauwenberge Kv (ed) (1983): Een Bed voor meer dan een Nacht. Gent, Oikonde Gent, Van Loghum Slaterus
- 68 Coenegrachts K, Cauwenberge Kv (1983 a): Oikonde-Gent: 5 jaar. In: Coenegrachts e. a. (1983), a. a. O., p 9 - 20
- 69 Cohn JB, Rapport S (1970): Crisis on the Crisis Unit. Hosp Comm Psychiat 21: 8, p 243 - 246

- 70 Coleman MD, Zwering I (1959): The Psychiatric Emergency Clinic:
A flexible way of meeting Community Mental Health needs.
Am J Psychiat 115, p 980 - 984
- 71 Colin M, Colin O (1975): Le service psychiatrique des urgences à
l'hôpital général. Psychiatrie 23, p 69 - 84
- 72 Colin M, Quenard O (1976): Le service psychiatrique des urgences
à l'hôpital général. Bull de Med Leg, Urg Med, Cent Anti-Poisons
19: 1, p 23 - 34
- 73 Colin M (1982): Briefliche Mitteilung
- 74 Colin M (1983): Briefliche Mitteilung
- 75 Conrad K (1959): Gestaltanalyse und Daseinsanalytik - Zugleich Be-
merkung zum "Problem der abnormen Krise ..." von C. Kulenkampff.
Nervenarzt 30: 9, p 405 - 410
- 76 Cooper JE (1979): Crisis Admission Units and Emergency Psychiatric
Services. Report on a Study - Publ Health in Europe 11. Copen-
hagen, Regional Office for Europe, WHO
- 77 Cooper JE (1982): Briefliche Mitteilung
- 78 Cranach Mv, Wittchen HU (1980): Epidemiologische Aspekte der Evalua-
tionsforschung in der psychiatrischen Versorgung. In: Biefang S
(Hg): Evaluationsforschung in der Psychiatrie: Fragestellungen
und Methoden. Stuttgart, Enke, 1980, p 208 - 249
- 79 Crary WG, Johnson SW (1970): Attitude Therapy in a Crisis Inter-
vention Program. Hosp Comm Psychiat 21: 5, p 165 - 168
- 80 Creutz R, Kähler HD, Schmidt U (1978): Stationäre Einweisung als
Krisenindikator? In: Haase (1978), a. a. O., p 157 - 170
- 81 Cullberg J (1978): Krisen und Krisentherapie. Psychiat Prax 5: 1,
p 25 - 34
- 82 Cullberg J (1982): Briefliche Mitteilung
- 83 Darbonne AR (1967): Crisis: A Review of Theory, Practice and
Research. Psychotherapy 4: 2, p 49 - 56
- 84 Decker JB, Stubblebine J (1972): Crisis Intervention and Prevention of
Psychiatric Disability: A Follow-Up Study. Am J Psychiat 129: 6,
p 725 - 729
- 85 Del Gaudio AC, Carpenter PJ, Stein LS, Morrow G (1977): Characteristics
of Patients Completing Referrals from an Emergency Department to
a Psychiatric Outpatient Clinic, Compr Psychiat 18: 3, p 301 - 307
- 86 Demerath NJ, Wallace AFC (ed) (1957): Human Adaptation to Disaster.
Human Organization 16: 2, special issue, summer 1957
- 87 Dilling H, Weyerer S, Castell R (1984): Psychische Erkrankungen in
der Bevölkerung. Forum der Psychiatrie, Neue Folge 19. Stutt-
gart, Enke

- 88 Dohrenwend BP, Dohrenwend BS, Schwartz GM, Link B, Neugebauer R, Wunsch-Hitzig R (1980): Mental Illness in the United States - Epidemiological Estimates. New York, Praeger Publ
- 89 Donker MCH (1982): Krisenintervention in den Niederlanden. Vortrag auf dem 2. Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Berlin, 14.2. - 19.2.1982
- 90 Dorn H, Berzewski H (1979): Konsiliarisch-psychiatrische Versorgung in einer Universitätsklinik. In: Proceedings of the III South-East European Neuropsychiatric Conference, Thessaloniki, 26.9. - 29.9.1979, p 25 - 38
- 91 Dressler DM, Donovan JM, Geller RA (1976): Life Stress and Emotional Crisis: The Idiosyncratic Interpretation of Life Events. Compr Psychiat 17: 4, p 549 - 557.
- 92 Dyer ED (1963): Parenthood as Crisis: A Re-Study. Marriage & Family Living 25: 2, reprinted in Parad (ed) (1965), a. a. O., p 312 - 323
- 93 Dynes RR, Quarantelli EL (1976): The Family and Community Context of Individual Reactions to Disaster. In: Parad e. a. (1976), a. a. O., p 231 - 244
- 94 Egetmeyer A (1984): Stand und Problem der Entwicklung von Institutsambulanz an psychiatrischen Krankenhäusern. Spektrum Psychiat Nervenhlk 13: 2, p 62 - 66
- 95 Eisler RM, Hersen M (1973): Behavioral Techniques in Family-Oriented Crisis Intervention. Arch Gen Psychiat 28, p 111 - 116
- 96 Elchardus JM, Vialle F, Canterino D, Colin M (1983): Premiers Soins en Santé Mentale. Lyon, ronéo, Février 1983
- 97 Engelmeier MP (1978): Krisenbehandlung in einem industriellen Großstadtraum. In: Haase (1978), a. a. O., p 25 - 39
- 98 Enquête-Kommission (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Deutscher Bundestag - 7. Wahlperiode. Bonn
- 99 Erickson RC, Paige AB (1973): Fallacies in using length-of-stay and return rates as measures of success. Hosp Comm Psychiat 24: 8, p 559 - 561
- 100 Erikson EH (1980): Identity and the Life Cycle. New York, Norton, 2. Aufl.
- 101 Ewing CP (1978): Crisis Intervention as Psychotherapy. New York, Oxford Univ Press

- 102 Farberow NL (1967): Crisis, Disaster and Suicide: Theory and Therapy.
In: Shneidman ES (ed) (1967): Essays in Self-Destruction. New
York, Science House, p 373 - 398
- 103 Feinsilver DL, Hall RCW (1982): The New Crisis Psychiatry: An Overview.
Psychiatric Ann 12: 8, p 757 - 761
- 104 Feuerlein W (1971): Selbstmordversuch oder parasuicidale Handlung?
- Tendenzen suicidalen Verhaltens. Nervenarzt 42, p 127 - 130
- 105 Feuerlein W (1978): Krisenintervention bei Selbstmordpatienten.
Therapiewoche 28, p 2892 - 2898
- 106 Feuerlein W, Bronisch T, Fürmaier A (1983): Eine Station für Notfall-
psychiatrie und Krisenintervention - Konzepte, Struktur und
erste Erfahrungen. Psychiat Prax 10: 2, p 41 - 48
- 107 Fisch M, Gruenberg EM, Bandfield C (1964): The Epidemiology of
Psychiatric Emergencies in an Urban Health District. Am J Publ
Health 54: 4, p 572 - 579
- 108 Foxman J (1976): The Mobile Psychiatric Emergency Team.
In: Parad e. a. (1976), a. a. O., p 35 - 44
- 109 Freeman HL, Roy RG (1971): Some Comparative Studies of Psychiatric
Emergencies. Compr Psychiat 12: 3, p 208 - 216
- 110 Freudenberger HJ (1974): Staff Burn-Out. J Soc Issues 30, p 159 - 165
- 111 Freudenberger HJ (1975): The Staff Burn-Out Syndrome in Alternative
Institutions. Psychotherapy 12, p 73 - 82
- 112 Friedrich MH (1977): Krisenintervention bei Jugendlichen - Ein soziales
Modell in Wien. Psychiat Clin 10, p 114 - 122
- 113 Fürmaier A (1984): Therapeutisches Konzept stationärer Kriseninter-
vention. Zeitschr Psychoth Psychosom Med Psychol 34, p 70 - 75
- 114 Gardner R, Hanka R, O'Brien VC, Page AJF, Rees R (1977): Psychological
and social evaluation in cases of deliberate self-poisoning
admitted to a general hospital. Brit Med J 2, p 1567 - 1570
- 115 Gardner R, Hanka R, Evison B, Mountford PM, O'Brien VC, Roberts SJ
(1978): Consultation-Liaison Scheme for Self-Poisoned Patients
in a General Hospital. Brit Med J 2, p 1392 - 1394
- 116 Gebssattel VEv (1954): Prolegomena einer medizinischen Anthropologie.
Berlin, Springer
- 117 Gibbons JL, Gibbons JS, Elliott E, Urwin P, Bow I, Butler J, Powell
J, Figg J, Oliver R, Riley J (1979): The Southampton Parasuicide
Project. Report to the DHSS. Einzelveröffentlichungen: Brit J
Psychiat (1978) 133, p 111 - 119; Soc Psychiat (1978) 13, p 159
- 166; Brit J Soc Work (1979) 8, p 393 - 409
- 118 Giel R (1982): Briefliche Mitteilung

- 119 Glick ID, Hargreaves WA, Druess J, Showstack JA (1976): Short vs Long Hospitalization. A Controlled Study: III. Inpatient Results for Nonschizophrenics. Arch Gen Psychiat 33, p 78 - 83
- 120 Glick ID, Hargreaves WA (1979): Psychiatric Hospital Treatment for the 1980s.-A Controlled Study of Short vs Long Hospitalization. Lexington, Lexington Books
- 121 Golan N (1969): When is a Client in Crisis? Soc Casework 50, p 389 - 394
- 122 Golan N (1978): Treatment in Crisis Situations. New York, Free Press
- 123 Goor Cv, MacGillavry DHC, Roose HA (1969): Resultaten van de conferentie over crisisinterventie. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 24, p 390 - 395
- 124 Götte JHA (1979): Psychiatrische Notfall- und Krisenintervention im Allgemeinkrankenhaus - Bilanz des ersten Jahres eines Kriseninterventionszentrums. Psychiat Prax 6, p 41 - 49
- 125 Götte JHA, Saleh U (1981): Kriseninterventionszentrum im Krankenhaus Am Urban, Berlin-Kreuzberg. In: Bauer M, Rose HK (Aktion Psychisch Kranke) (Hg): Ambulante Dienste für psychische Kranke, Tagungsbericht. Köln, Rheinland-Verlag
- 126 Götte JHA, Wegener B (1982): Stationäre Psychiatrie in Kreuzberg - Bestandsaufnahme vor Beginn einer gemeindenah-sektorsierten Arbeitsweise. Psychiat Prax 9, p 119 - 125
- 127 Gourevitch M (1979): L'Infirmier Psychiatrique près la Préfecture de Police. Urgence, suppl du numéro 14, p 24 - 26
- 128 Greer F (1980): Toward a Developmental View of Adult Crisis: A Re-Examination of Crisis Theory. J Humanistic Psychol 20: 4, p 17 - 29
- 129 Greer S, Bagley C (1971): Effect of Psychiatric Intervention in Attempted Suicide: A Controlled Study. Brit Med J 1, p 310 - 312
- 130 Grivois H (1973): La Psychiatrie et l'Hôpital Général à Paris - Pourquoi le Secteur? Psychiatrie 10, p 69 - 82
- 131 Grivois H (1977): Au pied du mur: Crises aiguës et réponses rapides. Psychologie Médicale 9: 3, p 549 - 554
- 132 Grivois H (1979): Peut-on classer les urgences psychiatriques? Urgence, suppl du numéro 14, p 9 - 12
- 133 Grivois H (1979 a): Urgences à l'Hôtel-Dieu. Vie sociale & traitements 126, p 15 - 18
- 134 Guido JA, Payne DH (1967): 72-Hour Psychiatric Detention - Clinical Observation and Treatment in a County General Hospital. Arch Gen Psychiat 16, p 233 - 238

- 135 Haase HJ (Hg) (1977): Sozialpsychiatrie (3. Psychiatrie-Symposium, Landeck, 21.5.1976). Stuttgart, Schattauer
- 136 Haase HJ (Hg) (1978): Krisenintervention in der Psychiatrie (4. Psychiatrie-Symposium, Landeck, 3.6.1977). Stuttgart, Schattauer
- 137 Haase HJ (1980): Von der Irrenanstalt über das Großkrankenhaus zum ausdifferenzierten Fachkrankenhaus - Editorial. psycho 6, p 435 - 438
- 138 Haase HJ (1982): Schlußwort. Deut Ärztebl 79: 10, p 15 - 16
- 139 Häfner H (1974): Krisenintervention. Psychiat Prax 1, p 139 - 150
- 140 Häfner H (1975): Sondervotum zum Kapitel B.4.2.4 "Die Versorgung von neurotisch und psychosomatisch Kranken im stationären Versorgungsbereich (= stationäre, psychotherapeutische und psychosomatische Dienste)". In: Enquête-Bericht, a. a. O., p 416
- 141 Häfner H (1977): Psychiatrische Krisenintervention - Umsetzung in psychiatrischen Einrichtungen. Bericht über Entwicklungstendenzen in den westeuropäischen Ländern und den USA. Psychiat Clin 10, p 27 - 63
- 142 Häfner H, Helmchen H (1978 a): Psychiatrischer Notfall und psychiatrische Krise - Konzeptuelle Fragen. Nervenarzt 49, p 82 - 87
- 143 Häfner H (1978 b): Krisenintervention und Notfallversorgung in der Psychiatrie. In: Haase (1978), a. a. O., p 1 - 14
- 144 Häfner H (1979): Estimation of Needs by Epidemiological Instruments. In: Häfner H (ed): Estimating Needs for Mental Health Care - A Contribution of Epidemiology. Berlin, Springer, 1979, p 1 - 17
- 145 Häfner H, Klug J (1982): The impact of an expanding community mental health service on patterns of bed usage: Evaluation of a four-year period of implementation. Psychol Med 12, p 177 - 190
- 146 Häfner H (1983): Allgemeine und spezielle Krankheitsbegriffe in der Psychiatrie. Nervenarzt 54, p 231 - 238
- 147 Häfner-Ranabauer W, Günzler G (1984): Entwicklung und Funktion des psychiatrischen Krisen- und Notfalldienstes in Mannheim. Fortschr Neurol Psychiat 52, p 83 - 90
- 148 Hagnell O (1970): The incidence and duration of episodes of mental illness in a total population. In: Hare (1970), a. a. O., p 213 - 224
- 149 Hamill WT, Fontana AF (1975): The immediate effects of chlorpromazine in newly admitted schizophrenic patients. Am J Psychiat 132, p 1023 - 1026
- 150 Hansell N (1974): Intervention in Crisis. p 390 - 391 In: Conference Reports II: The Changing Mental Hospital: Emerging Alternatives. Hosp Comm Psychiat 25: 6, p 386 - 392

- 151 Hanssen CA, Rosewall CR (1976): The Crisis Evaluation Unit - a ripple in the pond. In: Parad (1976), a. a. O., p 75 - 85
- 152 Harder DW, Strauss JS, Kokes BA, Gift TE (1980): Life events and psychopathology severity among first psychiatric admissions. J Abnorm Psychol 89, p 165 - 180
- 153 Hare EH, Wing JK (eds.) (1970): Psychiatric Epidemiology. London, Oxford Univ Press
- 154 Harper DW, Elliot-Harper C, Weinerman R, Anderson NJ, Nelson TA (1982): Comparison of AMA and Non-AMA patients on a short-term crisis unit. Hosp Comm Psychiat 33: 1, p 46 - 48
- 155 Harris MR, Kalis BL, Freeman EH (1963): Precipitating Stress: An Approach to Brief Therapy. Am J Psychoth 17, p 465 - 471
- 156 Hauck P, Wegener B (1980): Katamnestische Untersuchung in einer Kriseninterventionsstation am Allgemeinkrankenhaus. Psychiat Prax 7, p 165 - 171
- 157 Hawton K, Gath D, Smith E (1979): Mangement of attempted suicide in Oxford. Brit Med J 2, p 1040 - 1042
- 158 Hawton K, Bancroft J, Catalan J, Kingston B, Stedeford A, Welch N (1981): Domiciliary and out-patient treatment of self-poisoning patients by medical and non-medical staff. Psychol Med 11, p 169 - 177
- 159 Heg MI, Endicott J, Gibbon M (1979): Brief Hospitalization: 2-year Follow-Up. Arch Gen Psychiat 36, p 701 - 705
- 160 Henisz JE, Johnson D (1977): A crisis model revisited. Compr Psychiat 18: 2, p 169 - 175
- 161 Henseler H, Reimer C (1981): Selbstmordgefährdung - Zur Psychodynamik und Psychotherapie. Stuttgart, Frommann
- 162 Henseler H (1981 a): Psychoanalytische Theorien zur Suizidalität. In: Henseler e. a. (1981), a. a. O., p 113 - 135
- 163 Henseler H (1981 b): Krisenintervention - Vom bewußten zum unbewußten Konflikt des Suizidenten. In: Henseler e. a. (1981), a. a. O., p 136 - 156
- 164 Hertl M (1984): Krisenintervention bei Suizidversuchen von Kindern und Jugendlichen. Deut Ärztebl 81: 13, p 994 - 996
- 165 Hertzler JO (1940): Crisis and Dictatorship. Am Soc Rev 5, p 157 - 169
- 166 Heuser H, Proft D, Remplein-Koller S, Tasche HJ, Zilker GA (1980): Krisenintervention nach Suicidandrohungen und Suicidversuchen (Erfahrungen auf der Psychiatrischen Notfallstation des Bezirkskrankenhauses Haar). In: Festschrift zum 75-jährigen Bestehen des Bezirkskrankenhauses München-Haar. München, Selbstverlag

- 167 Hill R (1965): Generic Features of Families under Stress. In: Parad (1965), a. a. O., p 32 - 52
- 168 Hinterhuber H (1982): Epidemiologie psychiatrischer Erkrankungen - Eine Feldstudie. Stuttgart, Enke
- 169 Hirsch SR, Platt S, Knights A, Weyman A (1979): Shortening hospital stay for psychiatric care: effect on patients and their families. Brit Med J 1, p 442 - 446
- 170 Holmes TH, Rahe RH (1967): The Social Readjustment Rating Scale. J Psychosom Res 11, p 213 - 218
- 171 Horowitz MJ (1976): Diagnosis and Treatment of Stress Response Syndromes: General Principles. In: Parad e. a. (1976), a. a. O., p 259 - 269
- 172 Hoyer LV (1982): Krisisopvang en Krisisopvangcentra in Nederland. Thuislozenzorg (Tijdschrift V.D.V.O.) 3: 3 - 4, p 8 - 12
- 173 Huber G, Gross G, Schüttler R (1977): Akutpsychiatrie. In: Reimer F (1977): Krankenhauspsychiatrie. Stuttgart, G Fischer, p 55 - 58
- 174 Hülsmeier H, Ciompi L (1984): Stationäre sozialpsychiatrische Krisenintervention am Beispiel der Kriseninterventionsstation der sozialpsychiatrischen Universitätsklinik Bern. Psychiat Prax 11, p 67 - 73
- 175 Hurwitz JI, Kaplan DM, Kaiser E (1962): Designing an Instrument to Assess Parental Coping Mechanisms. Soc Casework 43: 10. Reprinted in: Parad (ed) (1965), a. a. O., p 339 - 348
- 176 Ingham RE (1976): Transcultural Consultation on Crisis Intervention. In: Parad e. a. (1976), a. a. O., p 187 - 198
- 177 Irniger W (1980): Krisenintervention aus der Sicht des Allgemeinarztes. In: Pödlinger e. a. (1980), a. a. O., p 52 - 60
- 178 Jaco EG (1970): Mental Illness in Response to Stress. In: Levine S, Scotch NA (1970): Social Stress. Chicago, Aldine Publ Comp, p 210 - 227
- 179 Jacobson GF (1965 a): Crisis Theory and Treatment Strategy: Some Sociocultural and Psychodynamic Considerations. J Nerv Ment Dis 141: 2, p 209 - 218
- 180 Jacobson GF e. a. (1965 b): The scope and practice of an early access and brief treatment psychiatric center. Am J Psychiat 121, p 1176 - 1182
- 181 Jacobson GF, Strickler M, Morley WE (1968): Generic and individual approaches to crisis intervention. Am J Publ Health 58: 2, p 338 - 343
- 182 Jacobson GF (1970): Crisis Intervention from the Viewpoint of the Mental Health Professional. Pastoral Psychol 21, p 21 - 28

- 183 Janssens L, De Smet P (1983): Rundschreiben der Arrondissementeel Welzijnsorganisme Dendermonde vom 11.4.1983
- 184 Jaspers K (1946): Allgemeine Psychopathologie. Berlin, Springer, 4. Aufl.
- 185 Kalis BL, Harris MR, Prestwood AR, Freeman EH (1961): Precipitating Stress as a Focus in Psychotherapy. Arch Gen Psychiat 5, p 219 - 226
- 186 Kamal S (1981): Etude analytique et critique au sujet des urgences à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu. Psychologie Médicale 13: 13, p 2155 - 2158
- 187 Kaplan DM, Mason EA (1960): Maternal Reactions to Premature Birth viewed as an Acute Emotional Disorder. Am J Orthopsychiat 30: 3. Reprinted in: Parad (ed) (1965), a. a. O., p 118 - 128
- 188 Kaplan DM (1968): Observations on Crisis Theory and Practice. Soc Casework 49, p 151 - 155
- 189 Kardiner A (1969): Traumatic Neuroses of War. In: Arieti S (ed) (1969) American Handbook of Psychiatry I. New York, Basic Books, p 245 - 257
- 190 Katschnig H, Strotzka H (1977): Epidemiologie der Neurosen und psychosomatischen Störungen. In: Blohmke M, Ferber Cv, Kisker KP, Schäfer H (1977): Handbuch der Sozialmedizin II. Stuttgart, Enke, p 272 - 310
- 191 Katschnig H (1979): Prospects for Epidemiological Research in Neurosis. In: Häfner H (ed) (1979): Estimating Needs for Mental Health Care - A Contribution of Epidemiology. Berlin, Springer, p 30 - 36
- 192 Kaufman MR (1963): The Role of the General Hospital in Community Psychiatry. Compr Psychiat 4: 6, p 426 - 432
- 193 Kennedy P (1972): Efficacy of a Regional Poisoning Treatment Center in Preventing Further Suicidal Behaviour. Brit Med J 4, p 255 - 257
- 194 Kennedy P (1979): Stellungnahme zu "Shortening hospital stay for psychiatric care" (Hirsch e. a., 1979, a. a. O.). Brit Med J March, p 751
- 195 Kennedy P, Hird F (1980): Description and Evaluation of a Short-Stay Admission Ward. Brit J Psychiat 136, p 205 - 215
- 196 Kernberg OF (1978): Borderline Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt/M, Suhrkamp, 2. Aufl.
- 197 Kernberg OF (1981): Zur Theorie der psychoanalytischen Psychotherapie. Psyche 35: 8, p 673 - 704

- 198 Kramer M, Taube CA (1973): The role of a national statistics programme in the planning of community psychiatric services in the United States. In: Wing JK, Häfner H (eds) (1973): Roots of Evaluation. London, Oxford Univ Press, p 35 - 73
- 199 Kreitman N (1977): Parasuicide. London, Wiley
- 200 Kreitman N (1981): The Epidemiology of Suicide and Parasuicide. CrisisCrisisCrisis 2: 1, p 1 - 13
- 201 Kresky-Wolff M, Matthews S, Kalibat F, Mosher LR (1982): Crossing Place: A Model for Residential Crisis Intervention. Manuskript.
- 202 Kritzer H, Pittman FS (1968): Overnight psychiatric care in a General-Hospital Emergency Room. Hosp Comm Psychiat 19: 10, p 303 - 306
- 203 Kulenkampff C (1959): Zum Problem der abnormen Krise in der Psychiatrie. Nervenarzt 30: 2, p 62 - 75
- 204 Kulenkampff C, Picard W (Hg) (1975): Gemeindenahe Psychiatrie. Aktion Psychisch Kranke. Köln, Rheinland-Verlag
- 205 Kulesa C, Langendorfer R, Reiner A, Böhme K (1980): Die Sektion für Suizidforschung der Psychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg. Suizidprophylaxe 7: 23, p 116 - 125
- 206 Langsley DG, Machotka P, Flomenhaft K (1971): Avoiding Mental Hospital Admission: A Follow-Up Study. Am J Psychiat 127: 10, p 1391 - 1394
- 207 Lauter H (1982): Die psychiatrische Versorgung von Suizidenten auf inter-nistischen Stationen. In: Fiedler PA, Howe J, Kury H, Möller HJ (Hg) (1982): Herausforderung und Grenzen der klinischen Psychologie. Tübingen, Dt Gesell Verhaltensth
- 208 Lawson AAH, Mitchell I (1972): Patients with acute poisoning in a general medical unit. Brit Med J 4, p 153 - 156
- 209 Lazarus RS (1970): Cognitive and personality factors underlying threat and coping. In: Levine S, Scotch NA (eds) (1970): Social Stress. Chicago, Aldine Publ Comp, p 143 - 164
- 210 Lebensohn ZM (1963): A new role for the psychiatric unit of the community Hospital. Compr Psychiat 4: 6, p 375 - 380
- 211 LeMasters EE (1957): Parenthood as Crisis. Marriage & Family Living 19: 4, reprinted in: Parad (ed) (1965), a. a. O., p 111 - 117
- 212 Lievens J, Roes T, Stevens E, Wittevrongel G (1981): Krisiscentra en Krisisinterventie in Vlaanderen - Modeverschijnsel of symptoom van een kankerende hulpverlening. Gent, Nationale Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg
- 213 Lieves J (1981 a): Crisisopvang en Crisisinterventie. Welzijnsgids-Organisatie II.A.1.4., Afl 9 (september), p 1 - 14

- 214 Lievens J (1983): Persönliche Mitteilung
- 215 Lifton RJ, Olson E (1976): Death Imprint in Buffalo Creek.
In: Parad e. a. (1976), a. a. O., p 295 - 308
- 216 Lim MH (1981): A psychiatric emergency clinic: A study of first attendances over 6 months. Manuskript
- 217 Lindemann E (1944): Symptomatology and management of acute grief.
Am J Psychiat 101, p 141 - 147
- 218 Lowy FH, Wintrob RM, Borwick B, Garmaise G, King HO (1971): A Follow-Up Study of Emergency Psychiatric Patients and their Families.
Compr Psychiat 12: 1, p 36 - 47
- 219 Lukton RC (1973): Crisis Theory and Crisis Intervention in Social Work Practice. Ann Arbor, Doc Diss. Gekürzt in: Lukton RC (1974): Crisis Theory: Review and Critique. Soc Serv Rev 48, p 384 - 402
- 220 Lukton RC (1982): Myths and Realities of Crisis Intervention.
Soc Casework 63: 5, p 276 - 285
- 221 Luyn Bv (1982): Crisisinterventie in Utrecht: van de idealen naar de praktijk. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 37: 5, p 496 - 512
- 222 Maier S (1980): Grundanforderungen an heutige psychiatrische Landeskrankenhäuser. psycho 6, p 436 - 437
- 223 Malan DH (1965): Psychoanalytische Kurztherapie - Eine kritische Untersuchung. Bern, Huber
- 224 Marmor J (1979): Short-Term Dynamic Psychotherapy. Am J Psychiat 136: 2, p 149 - 155
- 225 Mazer M (1974): People in Predicament: A Study in Psychiatric and Psychosocial Epidemiology. Soc Psychiat 9, p 85 - 90
- 226 McGee R (1974): Crisis Intervention in the Community. Baltimore, Univ Park Press
- 227 McGee R (1983): Crisis Intervention and Brief Psychotherapy.
In: Hersen M, Kazdin AE, Bellack AS (1983): The Clinical Psychology Handbook. New York, Pergamon Press, p 759 - 781
- 228 McGee TF (1968): Some Basic Considerations in Crisis Intervention.
Comm Ment Health J 4: 4, p 319 - 325
- 229 Miller K (1963): The Concept of Crisis. Current Status and Mental Health Implications. Human Organization 22, p 195 - 201
- 230 Miller LC (1959): Short-term therapy with adolescents. Am J Orthopsychiat 29: 4. Reprinted in: Parad (ed) (1965), a. a. O., p 157 - 166

- 231 Miller SI, Browning CH, Tyson RL (1971): A study of psychiatric emergencies: Part III. Findings on follow-up. *Psychiat in Med* 2, p 133 - 137
- 232 Miller WB (1968): A Psychiatric Emergency Service and Some Treatment Concepts. *Am J Psychiat* 124: 7, p 924 - 933
- 233 Mitchell CE (1977): Identifying the hazard: The key to crisis intervention. *Am J Nursing* 77: 7, p 1194 - 1196
- 234 Moll AE (1963): Evolution of Psychiatry in a General Hospital and the Community. *Compr Psychiat* 4: 6, p 394 - 408
- 235 Möller HJ, Werner V, Feuerlein W (1978): Beschreibung von 150 Patienten mit Selbstmordversuch durch Tabletten - unter besonderer Berücksichtigung des Selbstmordverhaltens und der Inanspruchnahme von Betreuungsmöglichkeiten für Suizidgefährdete. *Arch Psychiat Nervenkr* 226, p 113 - 135
- 236 Möller HJ, Geiger V (1981): Möglichkeiten zur "Compliance"-Verbesserung bei Parasuizidenten. *CrisisCrisisCrisis* 2: 2, p 122 - 129
- 237 Möller HJ, Torhorst A, Wächtler C (1982): Versorgung von Patienten nach Selbstmordversuch - Aufgaben, Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten. *Psychiat Prax* 9, p 106 - 112
- 238 Möller HJ, Geiger V (1982 a): Inanspruchnahme von Nachbetreuungsmaßnahmen durch Parasuizidenten: Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten. In: Helmchen H, Linden M, Rüger U (1982): *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Berlin, Springer, p 179 - 184
- 239 Morley WE (1970): Theory of Crisis Intervention. *Pastoral Psychology* 21, p 14 - 20
- 240 Mosher LR, Reifman A, Menn A (1973): Characteristics of Nonprofessionals Serving as Primary Therapists for Acute Schizophrenics. *Hosp Comm Psychiat* 24: 6, p 391 - 396
- 241 Mosher LR (1982): Italy's Revolutionary Mental Health Law: An Assessment. *Am J Psychiat* 139: 2, p 199 - 203
- 242 Motto JA (1978): New Approaches to Crisis Intervention. In: *Proceedings IX (1978)*, a. a. O., p 63 - 71
- 243 Müller C (1981): *Psychiatrische Institutionen*. Berlin, Springer
- 244 Muller JJ, Chafetz ME, Blane HT (1967): Acute Psychiatric Services in the General Hospital: III. Statistical Survey. *Am J Psychiat* 124: 4 suppl, p 46 - 56
- 245 Müller K, Müller P (1982): Sektorisierte Psychiatrie in Israel. *Psychiat Prax* 9, p 113 - 118
- 246 Mulvaney JJ (1970): Short-term treatment of adolescents on an adult psychiatric unit. *Hosp Comm Psychiat* 21: 8, p 255 - 257

- 247 Murgatroyd S (1981): Reversal Theory: a New Perspective on Crisis Counseling. *Brit J Guidance & Counseling* 9: 2, p 180 - 193
- 248 Myers ES (1965): Conference on handling psychiatric emergencies. *Am J Psychiat* 122, p 224 - 225
- 249 Myers JK, Lindenthal JJ, Pepper MP (1971): Life events and psychiatric impairment. *J Nerv Ment Dis* 152: 3, p 149 - 157
- 250 Myers JK, Lindenthal JJ, Pepper MP (1975): Life events, social integration and psychiatric symptomatology. *J Health Soc Behav* 16: 4, p 421 - 427
- 251 Newson-Smith JGB, Hirsch SR (1979): A comparison of social workers and psychiatrists in evaluating parasuicide. *Brit J Psychiat* 134, p 335 - 342
- 252 Nielsen J, Adserballe H, Bundgaard S, Henriksen E, Lomholt JC, Sternedorff B, Weibel E (1981): Psykiatrisk natsservice (A night psychiatric service, mit engl. summary), *Ugeskrift for Laeger* 143: 8, p 509 - 518
- 253 Nyeberg O, Rasmussen K, Wibroe G (1979): Københavns kommunehospitals psykiatriske akut-optagelse (An emergency psychiatric service in the Municipal Hospital, Copenhagen. Report of one year's function, mit engl. summary). *Ugeskrift for Laeger* 141: 25, p 1715 - 1720
- 254 Ognyanov V, Cowen L (1974): A day hospital program for patients in crisis. *Hosp Comm Psychiat* 25: 4, p 209 - 210
- 255 Parad HJ, Caplan G (1960): A Framework for Studying Families in Crisis. *Soc Work* 5: 3. Reprinted in Parad (ed) (1965), a. a. O., p 53 - 72
- 256 Parad HJ (ed) (1965): Crisis Intervention: Selected Readings. New York, Family Service Assoc of America
- 257 Parad HJ, Parad LG (1968): A Study of Crisis-Oriented Planned Short-Term Treatment: Part I. *Soc Casework* 49, p 346 - 355
- 258 Parad LG, Parad HJ (1968): A Study of Crisis-Oriented Planned Short-Term Treatment: Part II. *Soc Casework* 49, p 418 - 426
- 259 Parad HJ, Resnik HLP, Parad LG (eds) (1976): Emergency and Disaster Management - A Mental Health Source Book. Bowie, Charles Press
- 260 Paul L (1966): Crisis Intervention. *Ment Hyg* 50, p 141 - 145
- 261 Pearlman RL, Hecht M, Blackman S, Silberstein RM (1973): An acute treatment unit in a psychiatric emergency service. *Hosp Comm Psychiat* 24: 7, p 489 - 491
- 262 Perlman HH (1963): Some Notes on the Waiting List. *Soc Casework* 44: 4. Reprinted in: Parad (ed) (1965), a. a. O., p 193 - 201
- 263 Peters T (1983): Oikonde: Een gewoon huis in de straat. In: Coenegrachts e. a. (1983), a. a. O., p 21 - 34

- 264 Polak PR, Egan DJ, Van den Bergh RL, Williams V (1976): Crisis intervention in acute bereavement - a controlled study of primary prevention. In: Parad e. a. (1976), a. a. O., p 443 - 457
- 265 Pöldinger W, Stoll-Hürlimann M (Hrsg) (1980): Krisenintervention auf interdisziplinärer Basis, Bern, Huber
- 266 Pörksen N (1970): Über Krisenintervention. Z Psychoth med Psychol 20, p 85 - 95
- 267 Proceedings IX, International Congress on Suicide Prevention and Crisis Intervention (Helsinki 20 - 23 June 1977). Mikkeli, 1978
- 268 Puryear DA (1979): Helping People in Crisis. San Francisco, Jossey-Bass
- 269 Querido A (1968): The shaping of community mental health. Brit J Psychiat 114, p 293 - 302
- 270 Quitkin F, Rifkin A, Kaplan JH, Klein DF (1975): Treatment of acute schizophrenia with ultra-high-dose fluphenazine: A failure at shortening time on a crisis-intervention unit. Compr Psychiat 16: 3, p 279 - 283
- 271 Rapoport L (1962): The State of Crisis: Some Theoretical Considerations. Soc Serv Rev 36, p 211 - 217
- 272 Rapoport L (1965): Working with Families in Crisis: An exploration in Preventive Intervention. In: Parad (ed) (1965), a. a. O., p 129 - 139
- 273 Rapoport R (1963): Normal Crises, Family Structure and Mental Health. Family Process 2: 1, p 68 - 80
- 274 Reimer C, Henseler H (1981): Mißglückte Interventionen bei Suizidenten. In: Henseler e. a. (1981), a. a. O., p 171 - 187
- 275 Reiter L, Strotzka H (1977): Der Begriff der Krise. Psychiat Clin 10, p 7 - 26
- 276 Rhine MW, Mayerson P (1971): Crisis Hospitalization within a Psychiatric Emergency Service. Am J Psychiat 127: 10, p 1386 - 1391
- 277 Ringel E (1980): Selbstmordverhütung im Wandel. In: Pöldinger e. a. (1980), a. a. O., p 16 - 25
- 278 Roes T (1981). Krisis, krisisinterventie en krisisopvang: begripsomschrijving en terreinverkenning. In: Lievens e. a. (1981), a. a. O., p 15 - 70
- 279 Rölz W, Eitel A, Wedler H (1980): Krisenintervention im Allgemeinkrankenhaus - meßbare Effekte? Suizidprophylaxe 7: 23, p 109 - 113
- 280 Rose HK (1978): Psychiatrische Poliklinik und Krisenintervention. In: Haase (ed) (1978), a. a. O.

- 281 Rusk TN (1971): Opportunity and Technique in Crisis Psychiatry. Compr Psychiat 12: 3, p 249 - 263
- 282 Sacks MH, Carpenter jr WT, Scott WH (1974): Crisis and Emergency on the Psychiatric Ward. Compr Psychiat 15 : 1, p 79 - 85
- 283 Satin DG (1971): Help!: Prevalence and Disposition of Psychosocial Problems in the Hospital Emergency Unit. Soc Psychiat 6: 3, p 105 - 113
- 284 Satloff A, Worby CM (1970): The Psychiatric Emergency Service: Mirror of Change. Am J Psychiat 126: 11, p 1628 - 1632
- 285 Satterfield WC (1977): Short-term group therapy for people in crisis. Hosp Comm Psychiat 28: 7, p 539 - 541
- 286 Scharfstetter C (1983): Schizophrene Menschen. München, Urban
- 287 Scherl DL (1972): Crisis Intervention with Victims of Rape. Soc Work 17, p 37 - 42
- 288 Schmid AC, Baren JB (1973): An analysis of time factors in psychiatric crisis units. Hosp Comm Psychiat 24: 4, p 246 - 247
- 289 Schulberg HC, Sheldon A (1968): The Probability of Crisis and Strategies for Preventive Intervention. Arch Gen Psychiat 18, p 553 - 558
- 290 Schwartz MD, Errera P (1963): Psychiatric Care in a General Hospital Emergency Room. Arch Gen Psychiat 9, p 113 - 121
- 291 Selye H (1969): It's a G.A.S. Psychol today 3: 4, p 25 - 26,56
- 292 Sifneos PE (1960): A Concept of "Emotional Crisis". Ment Hyg 44: 2, p 169 - 179
- 293 Small L (1979): The Briefer Psychotherapies. New York, Brunner & Mazel
- 294 Sonneck G, Ringel E (1977): Technik der Krisenintervention. Psychiat Clin 10, p 85 - 95
- 295 Sonneck G (1977 a): Suizidhandlungen und Krisenintervention. Psychiat Clin 10, p 131 - 139
- 296 Sonneck G, Till W, Strauß F (1978): Krisenintervention im Rahmen einer psychiatrischen Ambulanz. In: Haase (Hg) (1978), a. a. O., p 137 - 155
- 297 Sonneck G (1982): Krisenintervention und Suizidverhütung. Psychiat Clin 15: 1 - 2
- 298 Soreff MS (1981): Management of the Psychiatric Emergency. New York, Wiley
- 299 Spaulding RC, Edwards D, Fichman S (1976): The Effect of Psychiatric Hospitalization in Crisis. Compr Psychiat 17: 3, p 457 - 460

- 300 Spitz L (1976): The evolution of a psychiatric emergency crisis intervention service in a medical emergency room. *Compr Psychiat* 17: 1, p 99 - 113
- 301 Stein Z, Susser MW (1970): Bereavement as a precipitating event in mental illness. In: Hare e. a. (1970), a. a. O., p 327 - 333
- 302 Stevens E (1981): Krisisinterventie-organisatie: naar een regionaal samenwerkingsmodel. In: Lievens e. a. (1981), a. a. O., p 108 - 123
- 303 Strickler M (1965): Applying Crisis Theory in a Community Clinic. *Soc Casework* 46, p 150 - 154
- 304 Strömberg E (1963): The Psychiatric Hospital as Centre of Community Psychiatry. *Compr Psychiat* 4: 6, p 433 - 441
- 305 Strotzka H (1969): Kleinburg - Eine sozialpsychiatrische Feldstudie. Wien, Österreichischer Bundesverlag
- 306 Strotzka H (1977): Theorie und Praxis der Sozialpsychiatrie bei Neurosen, Charakterstörungen und Krisenreaktionen. In: Haase (Hg) (1977), a. a. O., p 11 - 18
- 307 Stuart MR, Mackey KJ (1977): Defining the Differences between Crisis Intervention and Short-Term Therapy. *Hosp Comm Psychiat* 28: 7, p 527 - 529
- 308 Switzer DK (1970): Crisis Intervention Techniques for the Minister. *Pastoral Psychol* 21, p 29
- 309 Tancredi LR (1982): Emergency Psychiatry and Crisis Intervention: Some Legal and Ethical Issues. *Psychiat Ann* 12: 8, p 799 - 804/806
- 310 Taplin JR (1971): Crisis Theory: Critique and Reformulation. *Comm Ment Health J* 7: 1, p 13 - 23
- 311 Temkov I (1977): Psychiatrische Krisenintervention - organisatorische und administrative Bedingungen im staatlichen Gesundheitsdienst Bulgariens. *Psychiat Clin* 10, p 64 - 84
- 312 Thomas CS, Weisman GK (1970): Emergency planning: the practical and theoretical backdrop to an emergency treatment unit. *Int J Soc Psychiat* 16 : 4, p 283 - 287
- 313 Titchener JL, Kapp FT, Winget C (1976): The Buffalo Creek Syndrome - symptoms and character change after a major disaster. In: Parad e. a. (1976), a. a. O., p 283 - 294
- 314 Trakas DA, Lloyd G (1971): Emergency management in a short-term open group. *Compr Psychiat* 12: 2, p 170 - 175
- 315 Tyhurst JS (1951): Individual Reactions to Community Disasters. *Am J Psychiat* 107, p 764 - 769

- 316 Tyhurst JS (1958): The role of transitional states - including disaster - in mental illness. In: Symposion on Preventive and Social Psychiatry, Walter Reed Army Institute of Research. Washington DC, US Government Printing Office
- 317 Tyson RL, Miller SI, Browning CH (1970): A study of psychiatric emergencies: Part I. Demographic data. Psychiat in Med 1, p 349 - 357
- 318 Ungerleider JT (1960): The Psychiatric Emergency. Arch Gen Psychiat 3, p 593 - 601
- 319 Viederman M (1983): The psycho life narrative: a psychotherapeutic intervention useful in crisis situations. Psychiatry 46, p 236 - 246
- 320 Voineskos G, Morrison MF, Jain RC (1974): The introduction of a crisis unit in a Mental Hospital. Can Psychiat Assoc J 19: 5, p 445 - 452
- 321 Walker WR, Parsons, Skelton (1973): Brief Hospitalization on a Crisis Service: A Study of Patient and Treatment Variables. Am J Psychiat 130: 8, p 896 - 900
- 322 Walter B (1947): Thema und Variationen. Stockholm
- 323 Wedler H (1975): Betreuung Suizidgefährdeter in der Medizinischen Klinik der Städt. Kliniken Darmstadt. Suizidprophylaxe 2: 2, p 76 - 81
- 324 Weisman G, Feirstein A, Thomas C (1969): Three-day hospitalization - a model for intensive intervention. Arch Gen Psychiat 21, p 620 - 629
- 325 Wise TN, Berlin RM (1981): Burn-out: stresses in consultation-liaison psychiatry. Psychosomatics 22: 9, p 744 - 751
- 326 Wittevrongel G (1981): De inbedding van krisisinventie in de maatschappij, haar mogelijkheden, rol en functie ... en haar gevaren. In: Lievens e. a. (1981), a. a. O., p 71 - 107
- 327 Wolberg LR (1983): Kurzzeit-Psychotherapie. Stuttgart, Thieme (amerikanische Ausgabe: New York, Thieme-Stratton, 1980)
- 328 Wulliemier F, Kremer P, Carron R (1977): Vergleichende Studie über zwei Interventionsarten bei Suicidanten, die im allgemeinen Krankenhaus aufgenommen worden sind. Suizidprophylaxe 4: 13, p 248 - 250
- 329 Zonana H, Henisz JE, Levine M (1973): Psychiatric Emergency Services a decade later. Int J Psychiat in Med 4: 3, p 273 - 290
- 330 Zusman J (1976): Meeting mental health needs in disaster: a public health view. In: Parad e. a. (1976), a. a. O., p 245 - 257

Neben den im Literaturverzeichnis angegebenen Publikationen über einzelne, in dieser Arbeit beschriebene Krisenzentren, standen dem Autor folgende, im Selbstverlag der Krisenzentren erschienene Jahresreporte, Rechenschaftsberichte und Broschüren zur Verfügung.

Krisiscentrum Amsterdam

- Overzicht over de jaren 1979, 1980, 1981

Crisis Interventie Centrum Haarlem

- Jaarverslag 1981

Krisis Opvang Centrum Maastricht

- Jaarverslag 1980/81

Crisis-Interventiecentrum Den Haag

- s'-Gravenhaagse Vereniging Dr. Schroeder van der Kolk - Information
- Psychiatrisch Centrum

Oikonde Leuven

- 10-Jarenverslag (1981)
- Jaarverslag 1980
- Jaarverslag 1981
- Jaarverslag 1982

Oikonde Gent

- Driemaandelijks Tijdschrift Jaargang 1982 Nrs. 1 en 2

Amok Antwerpen

- 10 Jaar Amok
- Jaarverslag: Werking 1982

De Ark Gent

- Jaarverslag 1981

8. Anschriftenverzeichnis der beschriebenen Einrichtungen

Deutschland

Psychiatrische Aufnahmestation, Max-Planck-Institut für
Psychiatrie, Kraepelinstr. 10, 8000 München 40

Psychiatrische Notfallstation, Bezirkskrankenhaus Haar,
8013 Haar

Toxikologische Abteilung, II. Med. Klinik, Klinikum rechts der
Isar, Technische Universität, Ismaninger Str. 22, 8000
München 80

Krisenintervention/Psychosozialer Bereich, Med. Klinik der
Städt. Kliniken Darmstadt, Grafenstr. 9, 6100 Darmstadt

Sektion Angewandte Suizidforschung, Voßstr. 4, 6900 Heidel-
berg 1

Kriseninterventionsstation, Krankenhaus "Bethanien", Virchow-
str. 4, 4600 Dortmund-Hörde

Kriseninterventionszentrum, Krankenhaus Am Urban, Dieffenbach-
str. 1, 1000 Berlin 61

Kriseninterventionsstation, Universitätsklinikum Steglitz, FU
Berlin, Hindenburgdamm 30, 1000 Berlin 45

Niederlande

Krisiscentrum, 1e Helmersstraat 88, 1054 EG Amsterdam

Crisiscentrum, Psychiatrische kliniek, Academisch Ziekenhuis
Groningen, Oostersingel 59, 9700 RB Groningen

Crisis-Interventiecentrum, Psychiatrisch Centrum, Tasmanstraat
188 b, 2518 VT's-Gravenhage (= Den Haag)

Crisiscentrum Zuid-Kennemerland, Schotersingel 2, 2021 GE
Haarlem

Krisiscentrum, Mathenesserlaan 270, 3021 HS Rotterdam

Krisisopvangcentrum, Kapoenstraat 4, 6211 KW Maastricht

Belgien

Crisis Hospitalisatie Psychiatrie, Akademisch Ziekenhuis
St. Rafael, Kapucijnenvoer 33, 3000 Leuven

Krisisopvangcentrum Oikonde-Hotel, Regastraat 11, 3000 Leuven

Onthaalcentrum Oikonde, Fiévéstraat 52, 9000 Gent

Krisisopvangcentrum "De Schelp", Elyzeese Velden 7, 9000 Gent

Krisisinterventiecentrum "De Ark", Meerhem 24A, 9000 Gent

Centrum voor opvang van korte duur, Ombudscentrum AMOK, Paardenmarkt 103 a, 2000 Antwerpen

Crisisinterventiecentrum, Balansstraat 156, 2000 Antwerpen

Großbritannien

Regional Poisoning Treatment Center (Ward 3), The Royal
Infirmary, Edinburgh EH3 9YW

Frankreich

Pavillon N, Hôpital Edouard-Herriot, place d'Arsonval,
69374 Lyon cedex 2

Schweiz

Kriseninterventionsstation, Sozialpsychiatrische Klinik der
Universität Bern, Murtenstr. 21, 3010 Bern

Danksagung

Herrn Prof. Dr. W. Feuerlein, Leiter der Psychiatrischen Poliklinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, danke ich für die Überlassung des Themas, die freundliche Unterstützung und die wertvollen Anregungen, mit denen er die Arbeit begleitet und gefördert hat.

Herrn Dr. Th. Bronisch, stellvertr. Leiter der Psychiatrischen Poliklinik, verdanke ich interessante Hinweise auf psychotherapeutische Literatur.

Frau Vogl-Hertel, Chefsekretärin der Psychiatrischen Poliklinik, bin ich für die Abwicklung der umfangreichen Korrespondenz zu großem Dank verpflichtet.

Für das bereitwillige Entgegenkommen bei der Materialbeschaffung und der Durchführung der Datenerhebung, insbesondere aber für die Bereitschaft, eine Besichtigung an Ort und Stelle zu ermöglichen, danke ich den vielen in- und ausländischen Einrichtungen und Institutionen, mit denen ich im Laufe dieser Untersuchung in Kontakt kam. Stellvertretend für alle, die mich in brieflichem oder persönlichem Austausch unterstützten, seien genannt:

Prof. M. Colin, Dr. JM Elchardus, Hôpital E. Herriot, Lyon

Prof. I. Oswald, Dr. G. Wilkinson, Dr. N. Kreitman, Royal
Edinburgh Hospital, Edinburgh

Dr. RMW Smeets, Krisiscentrum, Amsterdam

J. Lievens, Nat. Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg,
Gent

K. Coenegrachts, Vereniging Vlaamse Onthaalhuizen, Berchem

Prof. JE Cooper, University of Nottingham, Nottingham

Dr. JH Henderson, WHO-Regional Office for Europe, Kopenhagen

Dr. H. Grivois, Hôtel-Dieu, Paris

Dr. MHC Donker, Utrecht

Dr. J. Cullberg, Nacka

Dr. G. Zilker, Bezirkskrankenhaus Haar bei München

Dr. A. Kurz, Klinikum Rechts der Isar, München

Dr. JHA Götte, Krankenhaus Am Urban, Berlin

Dr. CHE Kulessa, Psychiatrische Universitätsklinik, Heidelberg

Dr. H. Wedler, Städt. Kliniken, Darmstadt

Lebenslauf

27. April	1960	geboren in Würzburg als Sohn der Nervenärzte Dr. Odilo Alzheimer und Dr. Christa Alzheimer, geb. Otterbeck
Dezember	1962	Übersiedelung nach München
1966	- 1970	St.-Anna-Volksschule, München
1970	- 1979	Wilhelmsgymnasium, München
Juni	1979	Abitur
November	1979	Beginn des Medizinstudiums an der Ludwig-Maximilians-Universität, München
August	1981	Ärztliche Vorprüfung
August	1982	1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
Aug./Sept.	1983	Famulatur in Sydney-Caringbah, Australien
August	1984	2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
1984/85		Praktisches Jahr

